Борис Дмитриевич Карвасарский.

Психотерапия.

Учебник для студентов медицинских ВУЗов

Оглавление

В учебнике, подготовленном известными учеными и организаторами психотерапевтической службы, изложены современные представления о психотерапии: ее интердисциплинарные основы, механизмы лечебного действия и оценка его эффективности, основные направления и методы психотерапии, ее возрастной и транскультурный аспекты, особенности применения в различных областях медицины, организация психотерапевтической помощи. Учебник содержит тестовый контроль знаний по психотерапии и список рекомендуемой литературы. Для студентов медицинских вузов и врачей общей практики.

Владимиру Николаевичу Мясищеву посвящаем

Авторы

Список авторов.

Абабков Валентин Анатольевич
Исурина Галина Львовна
Казаковцев Борис Алексеевич
Карвасарский Борис Дмитриевич
Кулаков Сергей Александрович
Назыров Равиль Каисович
Подсадный Сергей Александрович
Полторак Станислав Валерьевич
Ташлыков Виктор Анатольевич
Чехлатый Евгений Иванович

«В настоящее время отмечается возрастающая интеграция психотерапии, возникшей на границах медицины, физиологии, психологии, педагогики, философии и других наук, в здравоохранение. Вопросы интеграции рассматриваются в учебнике на основании представлений о ее уровнях: интеграции психотерапии в медицину для решения лечебных задач в различных областях, в психогигиеническую, психопрофилактическую, реабилитационную практику с учетом организационных моделей психотерапевтической службы, а также интеграции психотерапии в общество. Последнее приобретает особое значение в условиях быстро меняющейся социально-экономической ситуации в России, угрожающего роста нервно-психических, и прежде всего психогенных (пограничных) расстройств, нарастания в обществе страха, тревоги, растерянности, агрессивности. Задача учебника — сформировать у студентов медицинских вузов и врачей общей

практики более адекватные представления о роли современной психотерапии в лечении, реабилитации и сохранении здоровья нации, в возвращении нашим пациентам мотивов жизни и надежды.»

Главный психотерапевт МЗ РФ, профессор Б. Д. Карвасарский

Предисловие ко второму, переработанному изданию.

Сегодня, когда читателям предлагается второе издание учебника, коллектив авторов имеет все основания считать, что трудная задача подготовки первого учебника по психотерапии для студентов медицинских вузов, в целом, была решена. В сравнительно небольшой по объему книге, при наличии многообразных и противоречивых концепций, с неодинаковым уровнем научно-методологической разработанности, а порой просто мистико-сотериологического характера, нужно было не потерять за сотнями психотерапевтических методов то общее, что составляет предмет психотерапии как общемедицинской специальности.

Авторы отнюдь не ставили своей задачей добиться практического освоения студентами психотерапии; это невозможно, когда речь идет о быстро развивающейся на наших глазах области медицинской науки и психотерапевтической помощи, требующей для приобретения практического опыта ряда дополнительных условий, специфичных именно для этой специальности (личный тренинг, супервизия и др.).

В целом положительные оценки читателей и рецензентов содержали и некоторые замечания и рекомендации, которые авторы учли в новом издании книги. Это относится как к общим вопросам (научные основы психотерапии; современные аспекты медицинской и тесно связанной с ней психотерапевтической этики; уточнение ряда неоднозначно освещаемых в литературе понятий психотерапии и смежных дисциплин), так и к психотерапевтическим методам (новая более современная редакция эриксоновского гипноза; телесно-ориентированная психотерапия; интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман — получившие весьма положительные оценки специалистов). Частично переработаны и другие статьи в связи с возрастающим значением для психотерапевтической практики ряда проблем (индивидуальная, групповая и семейная психотерапия аддиктивных расстройств в детско-подростковом возрасте; некоторые новые подходы психотерапии в системе лечения и реабилитации психически больных с учетом клинического патоморфоза в психиатрии и перераспределением контингентов психиатрического обслуживания и др.).

Авторский коллектив надеется, что с каждым новым изданием учебника мы будем приближаться к решению чрезвычайно трудной задачи, сформулированной в первой книге, пытаться создать у студентов медицинских вузов — врачей XXI в. — более адекватные представления о роли современной психотерапии в лечении, реабилитации, профилактике и сохранении здоровья нации, в возвращении нашим пациентам мотивов жизни и надежды, в чем они так нуждаются в столь непростое для страны время.

Все пожелания и критические замечания будут учтены при последующих изданиях книги.

Предисловие к первому изданию.

Перед Вами книга, которая может стать первым путеводителем по чрезвычайно интересной и сложной медицинской специальности — психотерапии. Ее истоки связаны с именами Брэда (первое научное описание гипноза), Дюбуа (разработка рациональной психотерапии), Фрейда (основоположника психоанализа), Павлова и Скиннера (обоснование бихевиористской психотерапии). История психотерапии восходит к классическим экспериментам с гипнотизацией пациентов и установлением необычного для того времени факта существования заболеваний, не связанных напрямую с соматической патологией. Постепенно были установлены и психологические факторы заболеваний — внушение, вытесненные ранние детские переживания, ошибочные убеждения и неправильный процесс научения — и психотерапия начала свой трудный и тернистый путь в медицине и обществе.

Появление этой книги в России во многом имеет символическое значение. В 1998 г. исполнилось 100 лет со времени признания психотерапии в качестве медицинской и научной дисциплины. Российская психотерапия прошла свой путь от ее научных истоков, представленных в трудах Бехтерева, Павлова (конец XIX — начало XX века) до официального признания в

качестве врачебной специальности в 1985 г., выделения в виде самостоятельной службы в структуре психиатрии, оформления в качестве отдельного вида медицинской помощи (а не медицинской услуги), определения общих требований к образовательному стандарту в 1995 г.

В последнее время мы наблюдаем значительные изменения в содержании деятельности врача-психотерапевта в России. Минули те времена, когда под психотерапией обычно у нас понимался гипноз, а интерес к другим ее методам пресекался из-за идеологических соображений или даже из-за психологической неграмотности. Прошло время и безоглядного «импорта» психотерапевтических технологий — увлечения отдельными зарубежными методами и приемами. Освоив достижения современной психотерапии, российское психотерапевтическое сообщество вступило в новый период — творческого развития специальности с учетом особенностей здравоохранения, нынешней социально-экономической ситуации, отечественной философии и психологии, обращения к своим историческим корням.

Оказалось, что успехи мировой психотерапии в сочетании с традициями собственных научных школ способствуют дальнейшему развитию психотерапии как практической и научной специальности с интегративной направленностью в построении психотерапевтического процесса. Отставание отечественной психотерапии в скрупулезном применении отдельных методов оказалось неожиданно полезным для интеграции различных непротиворечащих друг другу психотерапевтических подходов в рамках общего клинического видения терапевтической перспективы конкретного пациента. Не пациент для метода, а индивидуальная психотерапевтическая программа, разрабатываемая для конкретного пациента. Эти представления не только начинают овладевать творчески работающими профессионалами и учеными (за последние годы опубликованы сотни работ по психотерапии, защищены десятки кандидатских и докторских диссертаций), но и нашли свое отражение в нескольких важных нормативных документах последнего времени, трех последовательных приказах Министерства здравоохранения России. В приказе от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» помимо концепции обучения содержатся положения о враче-психотерапевте и психотерапевтическом кабинете. В приказе от 26.11.96 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь», определено место медицинского психолога в психотерапии, утверждается партнерство врача-психотерапевта и медицинского психолога. В приказе от 28.07.97 г. № 224 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи», указывается на их роль в психотерапии. Выход в свет этих приказов — попытка преодолеть известную конфронтацию основных участников психотерапевтического процесса. Таким образом методически закреплено концептуальное представление о психотерапии, ориентированной на конкретного пациента с индивидуальной программой, включающей в себя все необходимое для диагностики, лечения и профилактики.

Определенным символом этих значимых процессов развития российской психотерапии является выход уникального для отечественной и мировой практики труда ведущих специалистов страны «Психотерапевтической энциклопедии» под редакцией Б. Д. Карвасарского (СПб.: Питер, 1998), которая в дополнение к этому учебнику даст возможность будущему психотерапевту разобраться в ключевых вопросах специальности, получить информацию о большинстве известных направлений и методов психотерапии. Настоящий же учебник — это попытка систематического описания основных аспектов современной психотерапии, логики ее развития и в определенной мере дополнения естественно-научного, с биологической ориентацией мировоззрения, свойственного современной медицине, гуманистическим видением пациента и его проблем, с учетом психологических и социальных факторов лечебного процесса.

Учебник позволит более качественно проводить обучение по психотерапии в медицинских институтах и отражает насущные потребности здравоохранения в психотерапии, включение последней в число медицинских дисциплин, входящих в структуру высшего медицинского образования.

В нем в доступной, но не упрощенной, форме приведены материалы, отражающие современные представления о теоретических основах психотерапии, этой интегративной междисциплинарной области, новой формирующейся науки на основе современных представлений о биопсихосоциальной сущности болезней, необходимости учета при проведении лечения всего многообразия клинико-биологических и психосоциальных факторов. В книге описаны известные психотерапевтические методы, даны практические элементы, отражающие специфику их применения в реальной клинической практике, исходя из современной концепции «терапевтического поля».

Предваряя Ваше знакомство с психотерапией, хочется подчеркнуть также следующее. Предлагаемый учебник действительно поможет Вам рассмотреть основные теоретические проблемы психотерапии и близких к ней областей пограничной психиатрии, медицинской, общей и социальной психологии, даст возможность соприкоснуться с практическими вопросами. Это позволит будущим врачам различных специальностей познакомиться с психотерапией, узнать ее роль в лечении самых разных заболеваний.

Однако в подготовке психотерапевта-профессионала теоретическое обучение является только основой, базой образования. В дальнейшем, в случае выбора психотерапии в качестве основной профессии, Вам предстоит не только пройти углубленную практическую подготовку, но и самому на какое-то время стать пациентом в рамках различных форм тренинга. Это поможет освободиться от собственных психологических проблем (присущих каждому человеку), представить себе процесс психотерапии «изнутри», и дойти в конце концов до принципиального понимания того, что главным инструментом в психотерапии являются не технические приемы и даже не методы, а сама личность врача-психотерапевта, подготовленная для столкновения с трудностями пациентов и способная противопоставить им гуманистическое понимание, а также силу примера, имеющую решающее значение для выздоровления. Но и это не все. Общепризнанным условием качественной работы врача-психотерапевта уже на этапе самостоятельной профессиональной деятельности является супервизия — специфическая форма постоянного совершенствования врачей-психотерапевтов, которая заключается в том, что психотерапевт представляет для обсуждения с супервизором материалы проводимой психотерапии с целью повышения качества своей работы и устранения психологических трудностей, которые могут накапливаться и в некоторых случаях препятствовать эффективной психотерапии (например, явления контрпереноса, проекции и пр.).

Работа с этим учебником — лишь первое знакомство с психотерапией; для будущих психотерапевтов — возможность оценить, как говорил Карлос Кастанеда, готовы ли Вы к Знанию, способны ли сделать своей профессией глубокий личностный контакт во имя выздоровления пациента и самоотверженного служения одной из самых интересных и сложных медицинских дисциплин?

В настоящее время, когда психотерапия из интердисциплинарной области все более превращается в самостоятельную медицинскую дисциплину, трудно отделить знания, необходимые студенту медицинского вуза, от того, что должен знать о психотерапии каждый врач, участвующий в лечебном процессе. Поэтому авторы полагают, что учебник для студентов медицинских учебных заведений окажется полезным и врачам, а ряд его разделов — тем из них, кто специализируется в области психотерапии.

Глава 1. Общая психотерапия.

Определение психотерапии и содержание основных понятий.

Психотерапия как научная дисциплина должна иметь свою теорию и методологию, собственный категориальный аппарат и терминологию и т. д., одним словом, все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. Однако разнообразие направлений и течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже единого определения психотерапии. В литературе их насчитывается около 400. Одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. Отечественная традиция состоит в том, что психотерапия определяется прежде всего как метод лечения, то есть входит в компетенцию медицины. Зарубежные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты.

В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии, можно привести следующие ее определения, которые обязательно включают такие понятия, как лечебные воздействия, больной, здоровье или болезнь.

Психотерапия —

— «система лечебных воздействий на психику и через психику — на организм человека»;

— «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;

— «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание».

В качестве определений, в большей степени фиксирующих психологические подходы и включающих такие понятия, как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, можно указать следующие:

психотерапия —

— «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера» ;

— «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»;

— «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался на коррекции человеческих взаимоотношений»;

— «персонализованная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека, и познавательным процессом, который, в отличие от любого другого, ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями».

Хотя и является довольно общим, но при этом в какой-то мере объединяет эти два подхода определение Кратохвила: «Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами».

Обращает на себя внимание, что в определениях, которые условно можно назвать медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику — на организм), то есть подчеркивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. И одна, и другая позиции являются объяснимыми. С одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души (от греч. psyche — душа, therapeia — лечение), то есть указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию термины — физиотерапия, фармакотерапия, иглотерапия и пр. — указывают не на объект, а на средства воздействия: физиотерапия — воздействие, лечение физикальными средствами, фармакотерапия — лечение медикаментозными средствами и т. д. Что является более адекватным и правильным, сказать трудно. Можно надеяться, что процесс развития психотерапии как научной дисциплины внесет когда-нибудь большую определенность и в сам этот термин. Однако следует обратить внимание на то, что понятие «воздействие» (вмешательство, интервенция) входит в самые различные определения психотерапии.

Психотерапевтическое вмешательство. Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция — это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин психотерапевтическое вмешательство может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и пр., а также общую стратегию поведения психотерапевта, непосредственно связанную с теоретической ориентацией. На основании этого выделяют три основных типа психотерапевтического вмешательства, соответствующих трем основным направлениям в психотерапии: психоаналитический, поведенческий и опытный (гуманистический), каждый из которых характеризуется собственной концепцией здоровья и болезни, терапевтическими целями, плоскостью вмешательства и соответствующими приемами и средствами.

Психология и медицина применяют различные виды вмешательств (интервенций). Перре и Бауманн подразделяют все виды интервенций, используемые в медицине, на четыре группы: медикаментозные (фармакотерапия), хирургические, физикальные (физиотерапия) и психологические (психотерапия). Психологические интервенции в медицине, или клинико-психологические интервенции и составляют сущность психотерапевтического вмешательства.

Клинико-психологические вмешательства. Для более четкого понимания соотношения понятии психотерапевтические и клинико-психологические вмешательства следует рассмотреть

основные характеристики последних. С точки зрения Перре и Бауманна клинико-психологические интервенции характеризуются: 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений; 4) теоретической базой (теоретическая психология); 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями. Рассмотрим основные характеристики клинико-психологических интервенций в связи с психотерапией.

Методы клинико-психологических интервенций — это психологические средства, который выбирает психотерапевт. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом или пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает). Однако психологические средства воздействия могут быть направлены не только на изменение психологических характеристик, психических процессов и состояний, но и, опосредованно, на изменение состояния организма. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Подробнее функции клинико-психологических интервенций будут рассмотрены ниже, так как это имеет значение для понимания соотношения таких понятий, как психотерапия, психологическое консультирование, психологическая коррекция и др. Цели клинико-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Они определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели (например, восстановление полноценного личностного функционирования, гармонизация личности, развитие личностных ресурсов и т. д.), так и на конкретные, более близкие цели (например, преодоление страха выступления перед аудиторией, тренировку памяти или внимания, развитие определенных коммуникативных навыков и т. д.). Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия, которые, кроме выбора средств, определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Теоретическая обоснованность клинико-психологических интервенций состоит в ее взаимосвязи с определенными психологическими теориями научной психологии. Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана прежде всего с изучением их эффективности.

Научная оценка эффективности психотерапевтических воздействий является чрезвычайно важной проблемой. Ответить на вопрос об эффективности того или иного метода психотерапии или психотерапевтического подхода могут не самоотчеты отдельных пациентов, а научные исследования, проведенные на репрезентативной выборке и соответствующие определенным требованиям (четкое определение метода психотерапии, гомогенность материала, случайная выборка, наличие независимых экспертов, разделений функций психотерапевта и исследователя, сопоставление непосредственных и отдаленных результатов лечения, репрезентативная выборка в катамнезе, наличие контрольных групп и пр.). Профессиональные действия — важная характеристика клинико-психологических интервенций. Это означает, что они должны осуществляться в профессиональных рамках, то есть профессионалами (подготовленными в области клинической психологии и психотерапии врачами, психологами и социальными работниками).

Перре и Бауманн подчеркивают, что три последние характеристики (теоретическая обоснованность, эмпирическая проверка и профессиональные действия) являются существенными для разграничения клинико-психологических интервенций и иных существующих в настоящее время воздействий, которые либо базируются на обыденной психологии, либо не имеют в своей основе никаких теорий, а также не подвергаются эмпирической проверке.

Сходных взглядов придерживаются Шмидхен и Бастин. Они выделяют три основных цели клинико-психологической интервенции в соответствии с различными фазами развития психических расстройств: профилактика, терапия и реабилитация. Клинико-психологическая интервенция, осуществляемая в целях терапии и реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапия.

Таким образом, понятие «клинико-психологическая интервенция» является более общим по отношению к понятию «психотерапия» («психотерапевтическая интервенция») и охватывает сферы профилактики, лечения, реабилитации и развития.

Роль клинико-психологических вмешательств в профилактических целях состоит в выявлении контингентов риска и разработке соответствующих профилактических мероприятий, работе с

лицами, имеющими разнообразные трудности и проблемы психологического характера, кризисными личностными и травматическими стрессовыми ситуациями, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями, повышающими риск возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств. Клинико-психологические вмешательства в целях реабилитации, прежде всего, направлены на восстановление (сохранение) личностного и социального статуса больного. При нервно-психических заболеваниях, которые характеризуются достаточно выраженными личностными изменениями, нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного функционирования, клинико-психологические вмешательства играют чрезвычайно важную роль, выполняя функцию психотерапии (лечения). Клинико-психологические воздействия в целях реабилитации направлены на изменение реакции личности на болезнь, психологические и социально-психологические последствия хронических заболеваний и пр. Следует также указать, что кроме «личностного блока» клинико-психологические вмешательства играют важную роль (возможно, более важную, чем какие-либо другие, например, фармакологические) в реабилитации пациентов с нарушениями психических функций (памяти, внимания, речи, моторики).

Развитие рассматривается как одна из самостоятельных функций клинико-психологических вмешательств далеко не всеми авторами и понимается по-разному. Это связано с тем, что психотерапия, психопрофилактика, реабилитация, наряду с собственными прямыми функциями (лечебной, профилактической, реабилитационной), способствуют также развитию и гармонизации личности за счет совершенствования самопонимания и самосознания, переработки и преодоления внутри- и межличностных конфликтов, развитию новых более адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования, более точного понимания других людей и взаимодействия между ними в целом. В ряде психотерапевтических систем (например, в клиент-центрированной психотерапии Роджерса) личностный рост является одной из важнейших задач. Следовательно, с одной стороны, функция развития для клинико-психологических интервенций (психологических интервенций в клинике) является вторичной, дополнительной. С другой стороны, психологическое консультирование в клинике (например, консультирование пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящими собственно психотерапевтическое лечение, а обратившимися за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием) способствует новому видению человеком самого себя и своих конфликтов, эмоциональных проблем и особенностей поведения, что в дальнейшем может приводить к определенным изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческих сферах и, таким образом, способствовать развитию личности.

Психологическая коррекция. Термины «психологическое (клинико-психологическое) вмешательство», широко распространенные в зарубежной литературе, у нас используются еще редко. Более употребительным является термин «психологическая коррекция». Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида. Термин получил распространение в начале 70-х годов. В этот период психологи стали активно работать в области психотерапии, главным образом, групповой. Длительные дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) работой, носили, преимущественно, теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовывали эту возможность, но и были в то время за счет базового психологического образования более подготовлены к такого рода деятельности, во всяком случае, к работе в качестве групповых психотерапевтов. Но поскольку психотерапия является лечебной практикой, а ею по закону может заниматься только врач, имеющий высшее медицинское образование, то распространение термина «психологическая коррекция» в определенной мере было направлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог — психологической коррекцией. Однако вопрос о соотношении понятия «психотерапия» и «психологическая коррекция» остается открытым и сегодня, причем здесь можно указать две основные точки зрения.

Одна из них заключается в признании полной идентичности понятий «психологическая коррекция» и «психотерапия». Однако при этом не учитывается, что психологическая коррекция, как направленное психологическое воздействие, реализуется не только в медицине (можно указать две основные области ее применения: психопрофилактика и собственно лечение — психотерапия), но и в других сферах человеческой практики, например, в педагогике. Даже обычное, обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую психологическую коррекцию.

Другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция преимущественно призвана решать задачи психопрофилактики на всех ее этапах, в том числе при осуществлении вторичной и третичной профилактики.

Однако такое жесткое ограничение сферы применения в медицине психологической коррекции представляется в определенной степени искусственным. Во-первых, если подобные представления кажутся вполне убедительными в отношении соматических заболеваний, то в области неврозов, например, полностью развести понятия «психологическая коррекция» и «психотерапия», «лечение» и «профилактика» не удается, так как невроз — это заболевание динамическое, при котором не всегда можно отделить состояние предболезни от собственно болезни, а сам процесс лечения в значительной степени включает в себя и вторичную профилактику. Во-вторых, в настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний все шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или корригирующих воздействиях, соответствующих его природе. Если психологический фактор при том или ином заболевании выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии (одного из компонентов лечебного процесса). Определить общую схему соотношения психологической коррекции и психотерапии вне конкретной нозологии практически невозможно. Значение психологического фактора в этиопатогенезе того или иного заболевания обусловливает направленность методов психологической коррекции на решение собственно лечебных (психотерапевтических) задач и позволяет рассматривать методы психологической коррекции как методы психотерапии. Таким образом, задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком случае, в рамках различных психотерапевтических систем, направленных на личностные изменения). Следует также подчеркнуть, что как психотерапия, так и психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь методами психологической коррекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психологической коррекции и психотерапии, которые взаимопересекаются, но полностью не исчерпывают друг друга.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием «психологическое вмешательство» ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. Психологическая коррекция, так же как и психологическое вмешательство, понимается как целенаправленное психологическое воздействие. Психологическая коррекция, как и психологическое вмешательство, реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими средствами. Психологическая коррекция в медицине может быть направлена на решение задач профилактики, лечения (психотерапия) и реабилитации. Психологические вмешательства в медицине (клинико-психологические вмешательства) также выполняют функции профилактики, лечения и реабилитации. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью лечения, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают. Возможно, наиболее точным и адекватным был бы термин «психологическое вмешательство с целью психологической коррекции», однако это слишком громоздко. В заключение можно лишь указать, что в отечественной литературе более распространенным является понятие «психологическая коррекция», а в зарубежной — «психологическое вмешательство».

Психологическое консультирование. Психологическое консультирование традиционно рассматривается как процесс, направленный на помощь человеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него проблем и затруднений психологического характера, Можно выделить три основных подхода к психологическому консультированию: а) проблемно-ориентированное консультирование, фокусирующееся на анализ сущности и внешних причин проблемы, поиск путей разрешения; б) личностно-ориентированное консультирование, направленное на анализ индивидуальных, личностных причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций и путей предотвращения подобных проблем в будущем; в) консультирование, ориентированное на выявление ресурсов для решения проблемы.

Личностно-ориентированное консультирование по своей направленности близко к психотерапии и провести четкую границу между этими понятиями трудно. Определение психотерапии как работы с больными, а консультирования — со здоровыми, удовлетворяет не полностью даже формальному критерию. Психологическое консультирование используется и в

медицине (например, психологическое консультирование беременных или пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящими собственно психотерапевтического лечения, а обратившимися за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием). Психологическая работа с лицами, имеющими серьезные личностные проблемы, содержательно ничем не отличается от психотерапии.

Соотношение понятий «психотерапия» и «психологическое консультирование» обсуждается и в литературе. Так, известный специалист в этой области Нельсон-Джоунс рассматривает психологическое консультирование как психологический процесс, ориентированный на профилактику и развитие. Он выделяет в консультировании цели, связанные с коррекцией (например, преодоление тревоги или страха) и с развитием (например, развитие коммуникативных навыков). С его точки зрения, консультирование преимущественно является коррекционным, это обеспечивает выполнение профилактических функций. Развитие связано с решением задач индивида на различных этапах жизни (профессиональное самоопределение, отделение от родителей, начало самостоятельной жизни, создание семьи, реализация собственных возможностей, раскрытие ресурсов и пр.). Большое значение придается повышению личной ответственности за собственную жизнь, Конечная цель консультирования — научить клиентов оказывать помощь самим себе, стать для самих себя консультантами. Нельсон-Джоунс видит различия между психотерапией и психологическим консультированием в том, что психотерапия делает акцент на личностном изменении, а консультирование — на помощи человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни. В отличие от психотерапии большая часть информации, полученной при консультировании, проявляется в сознании пациента в интервалах между занятиями, а также в периоды, когда клиенты пытаются помочь себе сами после окончания консультирования.

Существует точка зрения, согласно которой основное отличие психологического консультирования от психотерапии состоит в том, что клиент (здоровый или больной человек, предъявляющий проблемы экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора) воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы. Такая позиция представляется не слишком оправданной. В психотерапии пациент или клиент в подавляющем большинстве случаев также является дееспособным субъектом, а проблеме личной ответственности отводится чрезвычайно важная роль и в процессе психотерапии.

Перре и Бауманн, рассматривая соотношение психологического консультирования и психотерапии, в качестве различий указывают следующее: а) в психологическом консультировании среди средств воздействия на первом месте стоит информирование (передача информации человеку, обратившемуся за помощью); б) психологическое консультирование в медицине выполняет в основном функцию гигиены и профилактики; в) в рамках консультирования анализируются варианты решений конкретной проблемы, но их осуществляет сам человек и не в рамках консультирования, а самостоятельно; г) в практике консультирования изменения происходят по окончании самого консультирования без сопровождения специалистом, в психотерапии — сущностью является сам процесс изменений, сопровождаемый специалистом.

Представляется целесообразным рассмотреть сходства и различия между психотерапией и психологическим консультированием, как видами психологического вмешательства, с точки зрения их основных и дополнительных характеристик.

Основные характеристики:

1. Средства воздействия (методы): психотерапия и психологическое консультирование используют психологические средства воздействия, однако в психологическом консультировании информирование является ведущим приемом.

2. Цели: психотерапия и психологическое консультирование имеют своей целью достижение более выраженных позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах в сторону увеличения их эффективности, психотерапия при этом направлена на достижение значительных личностных изменений, а консультирование — на помощь человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни.

3. Функции: психотерапия выполняет функцию лечения и частично реабилитации, а психологическое консультирование — профилактики и развития (естественно, что речь идет о преимущественной направленности психотерапии и психологического консультирования, так как в ряде случаев эти функции могут пересекаться).

4. Теоретическая обоснованность: психотерапия и психологическое консультирование имеют в качестве своей научной основы психологические теории.

5. Эмпирическая проверка: психотерапия и психологическое консультирование нуждаются в изучении эффективности воздействий.

6. Профессиональные действия: психотерапия и психологическое консультирование осуществляются специалистами в профессиональных рамках. Дополнительные характеристики:

7. Продолжительность воздействий: психотерапия предполагает продолжительность не менее 15-20 сеансов, психологическое консультирование может ограничиваться 1-5 сеансами.

8. Место изменений: в психотерапии изменения происходят непосредственно в ходе терапии и являются сущностью психотерапевтического процесса, в психологическом консультировании анализируются варианты решений конкретной проблемы, но решение и изменения осуществляются человеком не в рамках консультирования, а по его окончании.

9. Степень самостоятельности клиента: в психотерапии процесс изменений сопровождается психотерапевтом, в психологическом консультировании изменения осуществляются человеком самостоятельно без сопровождения консультанта.

Теория психотерапии. В современной психотерапии теоретические проблемы приобретают особое значение. С одной стороны, значимость теории обусловлена распространением в последний период множества самых разнообразных методов психотерапии, достаточно широко использующихся в практике, но при этом далеко не всегда имеющих соответствующую теоретическую базу. С другой стороны, даже при обоснованности метода определенной теоретической концепцией, последняя не всегда в полной мере осознается даже профессиональными психотерапевтами. Однако именно теоретические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «отклонение» («дефект», «патология»), и определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют осознанно их осуществлять. Обусловленность характера и направленности воздействий при устранении любого «дефекта», например, технического, ни у кого не вызывает сомнения. Нужно иметь представление об общих принципах работы любого механизма, чтобы определить, в чем состоит дефект, и, тем более, для того, чтобы устранить «поломку». В медицине в целом существует четкое соответствие между представлениями о норме, патологии и системе воздействий (лечении), в психотерапевтической практике такое соответствие просматривается далеко не всегда. Если речь идет не просто о симптоматическом лечении, а о психотерапии, направленной на личностные изменения, то здесь в качестве теории психотерапии выступает теоретическая психология, в частности, психология личности. При всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии, иными словами, три психотерапевтические теории (психодинамическая, поведенческая и гуманистическая, «опытная») соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий.

Если в рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз (и нарушения личности) понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлено на достижение осознания этого конфликта и бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно психоаналитический метод. Осознание достигается за счет анализа (включающего определенные процедуры) свободных ассоциаций, символических проявлений бессознательного, а также сопротивления и переноса. Сама психоаналитическая процедура строится таким образом, чтобы способствовать проявлению бессознательного. Именно этим определяется содержание процесса психотерапии, степень его структурированности, стратегия и тактика психотерапевта, его роль и позиция, уровень активности, интенсивность и частота сеансов и пр. Можно принимать или не принимать, разделять или не разделять основные положения психоаналитической теории, но невозможно не видеть обоснованности каждого шага психоаналитика определенными теоретическими взглядами.

Представители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведении как единственной психологической реальности, доступной непосредственному наблюдению. Норма — это адаптивное поведение, а невротический симптом или личностные расстройства рассматриваются как неадаптивное поведение, сформировавшееся в результате неправильного научения. Таким образом, целью психологического вмешательства является научение, то есть замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Методически научение осуществляется на основании базовых теорий или моделей научения, существующих в бихевиоризме (классическое и оперантное обусловливание, научение по моделям, социальное научение). Не имея четких представлений о научно-психологических основах того или иного конкретного метода поведенческой психотерапии, невозможно применять

его эффективно. Поведение психотерапевта в рамках этого подхода также строго обусловлено теоретической концепцией.

Гуманистическое, или «опытное», направление исходит из признания уникальности человеческой личности и в качестве основной потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. В самом общем виде невроз является следствием невозможности самоактуализации, следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий осознанию и принятию себя, а также интеграции. Необходимость создания условий, в рамках которых человек получает наилучшие возможности для приобретения нового эмоционального опыта, определяет специфические особенности поведения психотерапевта, его роль, позицию, ориентацию и стиль.

В рамках каждого из трех основных направлений существует разнообразие школ, но основные теоретические подходы являются общими. Можно вспомнить слова Хорни, которая, в значительной степени отойдя от ортодоксального психоанализа, тем не менее, писала: «Если рассматривать психоанализ как определенную систему взглядов на роль бессознательного и способов его выражения, а также как форму терапии, с помощью которой бессознательные процессы доводятся до сознания, то и моя система взглядов есть психоанализ».

Только четкие представления о теоретической основе, на базе которой осуществляется психотерапевтическое вмешательство, может помочь в овладении основными методами и навыками практической работы.

Методы психотерапии. Понятие метода в психотерапии крайне размыто. Прежде всего, это проявляется в их классификациях. Вот несколько примеров различных подходов к классификации психотерапевтических методов.

Таблица. Классификации методов психотерапии

№ Классификации	Методы психотерапии
1	Гипнотерапия. Внушение и самовнушение. Аутогенная тренировка. Рациональная психотерапия. Коллективная и групповая психотерапия. Наркопсихотерапия.
2	Поддерживающая психотерапия. Переучивающая психотерапия. Реконструктивная психотерапия.
3	Личностно-ориентированная психотерапия. Суггестивная психотерапия. Поведенческая психотерапия.
4	Симптомо-центрированные методы. Личностно-центрированные методы. Социо-центрированные методы.
5	Методы, направленные на понимание и преодоление проблем. Методы, направленные на понимание себя, своих мотивов, ценностей, целей, стремлений и пр.
6	Методы, направленные на подавление эмоций. Методы, направленные на выражение эмоций.
7	Механистические методы. Гуманистические методы.
8	Методы, связанные с индентификацией. Методы, связанные с созданием условий.

	Методы, связанные с проникновением в сущность.
9	Динамическая психотерапия. Поведенческая психотерапия. Опытная психотерапия.

Этот перечень может быть продолжен. Совершенно очевидно, что существующие подходы к классификации методов психотерапии значительно различаются и отражают различные основания или критерии классификации. В одних речь идет о конкретных психотерапевтических методах, в других — о самостоятельных психотерапевтических направлениях. В качестве оснований для классификации в одних случаях рассматривается цель психотерапевтического воздействия, в других — психологические структуры, к которым это воздействие обращено, в третьих — инструменты воздействия и пр. Разноуровневый характер этих оснований обнаруживается не только при сопоставлении различных классификаций, но даже внутри некоторых из них.

Например, в первой из приведенных классификаций выделяется рациональная психотерапия (то есть в качестве основания для классификации избираются психологические, психические феномены, к которым обращена психотерапия). При этом более частные методы суггестивной психотерапии включаются как самостоятельные (речь идет о конкретных приемах и техниках), или, там же, выделяется коллективная и групповая психотерапия (то есть основа — инструменты воздействия). В этом случае такая классификация должна включать и индивидуальную психотерапию, но ее в данной классификации нет, и пр. Из этого следует, что сам термин «метод» в психотерапии понимается неоднозначно.

На многообразие значений понятия «психотерапевтический метод» обращают внимание многие авторы. Александрович сделал попытку проанализировать те значения, в которых используется понятие «метод» в психотерапии. Он выделил 4 уровня или 4 плоскости использования этого термина:

1-й уровень — методы психотерапии как *конкретные методические приемы* или техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и пр.);

2-й уровень — методы психотерапии, *определяющие условия,* в которых протекает психотерапия и которые должны способствовать оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия, стационарная и амбулаторная психотерапия);

3-й уровень — методы психотерапии в значении основного *инструмента психотерапевтического воздействия* (индивидуальная и групповая психотерапия, в первом случае инструментом лечебного воздействия выступает психотерапевт, во втором — психотерапевтическая группа);

4-й уровень — методы психотерапии в значении *терапевтических интервенций* (вмешательств), которые рассматриваются либо в параметрах стиля (директивный и недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Понятию «метод» соответствует 1-й уровень — это собственно *методы как конкретные техники и приемы,* 2-й уровень отражает *виды психотерапии* (на основании условий, в которых она протекает), 3-й уровень — *формы психотерапии* (на основании инструментов психотерапевтических воздействий), 4-й уровень — *теоретические направления.*

Представляет интерес замечание известного психотерапевта Граве относительно возможной группировки методов психотерапии. Он отмечает, что поскольку психотерапия направлена на преодоление проблем пациента, то естественно, с помощью одних методов психотерапевт стремится понять проблемы пациента и активно их преодолевать. При этом он не ищет скрытой мотивации и не придает проблемам иного значения, нежели сам пациент, а смотрит на них как на трудности, которые пациент без помощи не может преодолеть. При использовании другой группы методов психотерапевт не помогает преодолевать проблемы (например, при клиент-центрированной психотерапии), а способствует лучшему пониманию пациентом себя, своих мотивов, ценностей, цели своего поведения и стремлений. Если в первом случае психотерапия является помощью в преодолении проблем, то во втором — помощью в лучшем понимании себя. Граве, основываясь на метаанализе существующих данных по эффективности психотерапии, полагает, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов.

Учитывая, что в настоящее время возрастает значение искусства в жизни современного человека — более высокий уровень образования, культуры, повышение престижности искусства в обществе, — существуют многочисленные методы, в которых искусство и природа выступают как терапевтический фактор. Это методы психотерапии, основанные на лечебном влиянии: а) общения с искусством (музыкотерапия, библиотерапия и др.), б) творческой деятельности (имаготерапия и др.) и в) природы (натурпсихотерапия и др.).

В рамках каждого из указанных психотерапевтических направлений возникают новые течения, подходы, формы, виды, методы, методики, технические приемы, названия которых нередко призваны отразить уникальность каждого из них (Карасу), замаскировать производный их характер по отношению к основным направлениям в психотерапии и уже существующим в них методам. Это во многом объясняется тем, как замечает Шкода, что мечтой каждого честолюбивого психотерапевта является создание нового, необычного приема, внесение своего оригинального вклада в историю психотерапии.

Увеличение числа психотерапевтических методов в последнее время, приведшее к усилению интегративного движения в психотерапии, подтверждает положение о том, что имеющиеся психотерапевтические подходы не столько различаются по отношению к единому объекту — человеческой личности, сколько концентрируются на разных ее аспектах и проблемах, чем и обусловлено различие в методах психотерапии и множество их классификационных делений.

Личностный подход в психотерапии. Это понятие отражает важнейший методологический принцип медицины и медицинской психологии, традиционно подчеркиваемый в отечественной литературе. Личностный подход — это подход к больному человеку как к целостной личности с учетом ее многогранности и всех индивидуальных особенностей.

Иногда различают личностный и индивидуальный подход. Последний принимает во внимание конкретные особенности, присущие данному человеку. Индивидуальный подход может включать и личностный (если при этом учитываются и личностные, и соматические характеристики), а может быть и более ограниченным (в том случае, когда учитываются только какие-либо отдельные личностные или отдельные соматические особенности). В целом личностный подход в психотерапии реализуется в трех основных направлениях: 1) изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий; 2) учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов; 3) ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения. Первые два аспекта касаются использования практически всех психотерапевтических методов. Третий относится к психотерапевтическим направлениям, целью которых является достижение личностных изменений. Рассмотрим каждый из этих аспектов.

Изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий. Очевидно, что в психотерапии личностный подход реализуется в полной мере. По сути психотерапия является инструментом реализации личностного подхода. Поэтому психотерапевтическое воздействие предполагает знание врачом основ медицинской психологии, объект изучения которой — личность больного. Развитие психотерапии тесно связано с разработкой учения о личности, ее механизмах, закономерностях и расстройствах ее функционирования. Реализация личностного подхода в психотерапии предполагает детальное изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, поведения и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психокоррекционной практики. Она необходима также для лечебно-профилактической работы в соматической клинике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия. Одной из узловых проблем здесь является разграничение преморбидных особенностей личности и характеристик, привнесенных заболеванием и его развитием. Другая важная задача исследования личности больного состоит в определении участия психологического компонента в генезе различных заболеваний: от большого круга болезней, в этиопатогенезе которых психологическому фактору принадлежит решающая (неврозы) или существенная роль (другие пограничные расстройства, психосоматические заболевания), или в которых психический фактор проявляется как реакция личности на болезнь, приводящая к изменению психологического функционирования индивида в связи с соматическим расстройством.

Понятие «личностный подход» является широким и распространяется на все психотерапевтические методы, в том числе и на симптомоориентированные, решающие тактические задачи. Это означает, что любое психотерапевтическое воздействие (а также сам выбор методов) должно учитывать личностные особенности пациента и специфику личностных

нарушений, анамнез жизни и болезни, установки и отношения, особенности поведения и эмоционального реагирования, симптоматику и ситуации, в которых она проявляется и усиливается, и т. п. Так, например, в суггестивной психотерапии выбор применяемых методов и их направленность (внушение в состоянии бодрствования, косвенное внушение) зависят от особенностей личности больного, его внушаемости и податливости гипнозу, степени личностных изменений, связанных с болезнью, отношения больного к своему заболеванию и т. п.

Ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения — это аспект личностного подхода в психотерапии и отражает направленность психотерапевтической системы на достижение личностных изменений, а не только на редукцию симптоматики. Такие психотерапевтические школы часто называют личностно-ориентированными. Само название указывает, что здесь понятие личности является центральным. В личностно-ориентированной психотерапии наиболее наглядно реализуется личностный подход, а ее многочисленные методы и приемы базируются на различных теориях и концепциях личности (например, психоаналитической, гуманистической и т. д.). Следует различать личностный подход в психотерапии и личностно-ориентированную психотерапию в целом от конкретной психотерапевтической школы — личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, — которая представляет собой не общий подход или общую ориентацию на личностные изменения, а самостоятельную психотерапевтическую систему с собственной концепцией личности и личностных нарушений.

Общие факторы психотерапии. Прогресс в психотерапии в настоящее время проявляется не только в разработке новых методов, но и в попытке синтеза концепций и технических приемов, поиска более гибкой интегративной психотерапевтической парадигмы. Время покажет, насколько возможно создание такой интегративной модели. Однако одной из существенных предпосылок ее развития является изучение общих факторов психотерапии, характерных для ее различных направлений, форм и методов.

Актуальность определения и исследования общих факторов психотерапии признается большинством исследователей и практиков в области психотерапии. Этому способствовал, во-первых, поиск общих базовых процессов для всех направлений психотерапии; во-вторых, все большее признание того, что различные методы психотерапии могут иметь больше сходств, чем различий; в-третьих, констатация примерно равной эффективности лечения в отдаленном периоде (непосредственные результаты лечения могут иметь значительные расхождения) независимо от формы психотерапии; в-четвертых, представления об особой значимости взаимоотношений «психотерапевт —пациент» в рамках практически всех психотерапевтических подходов.

Изучение и анализ процесса психотерапии предполагает рассмотрение взаимосвязей между характеристиками пациента, психотерапевта и лечебного метода. Поэтому и поиск общих факторов психотерапии тоже связан с анализом того, что происходит с пациентом при использовании самых разнообразных психотерапевтических подходов, что объединяет поведение психотерапевтов вне зависимости от их теоретической ориентации, какие общие этапы характерны для психотерапевтического процесса.

В качестве общих факторов психотерапии, с точки зрения того, что происходит с пациентом, обычно указывают:

1) обращение к сфере эмоциональных отношений;

2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом;

3) предоставление и получение информации;

4) укрепление веры больного в выздоровление;

5) накопление положительного опыта;

6) облегчение выхода эмоций.

Перечисленные факторы по сути совпадают с механизмами лечебного действия психотерапии и отражают когнитивные (2, 3), эмоциональные (1, 4, 5, 6) и поведенческие (5) процессы, способствующие успешности психотерапии и в большей или меньшей степени представленные практически во всех психотерапевтических системах.

В качестве общих элементов стиля и стратегии поведения психотерапевта, вне зависимости от их теоретической ориентации, выделяют:

1) целевую ориентацию на достижение позитивных изменений;

2) внимание к взаимоотношениям «пациент — психотерапевт»;

3) сочетание принципов «там и тогда» и «здесь и сейчас» (то есть использование в ходе психотерапии как материала, связанного с историей жизни пациента, так и с актуальным поведением и межличностным взаимодействием пациента в процессе психотерапии).

Общие факторы психотерапии могут также рассматриваться с точки зрения ее этапов. Общий поэтапный характер или последовательность процесса психотерапии (по существу речь идет о последовательном изменении конкретных задач) наиболее отчетливо просматривается в рамках психотерапевтических направлений, ориентированных на личностные изменения, и может быть представлен следующим образом:

1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, создание мотивации к психотерапии;

2) прояснение (понимание психотерапевтом и, в определенной степени, пациентом) причин и механизмов формирования симптомов, возникновения эмоциональных и поведенческих нарушений;

3) определение «психотерапевтических мишеней»;

4) применение конкретных методов и техник, направленных на достижение изменений (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) и приводящих в дальнейшем к редукции симптоматики;

5) закрепление достигнутых результатов;

6) окончание курса психотерапии (в частности, решение проблем, связанных с возможной зависимостью от психотерапевта).

Показания к психотерапии. Комплексный подход к лечению различных заболеваний, учитывающий наличие в этиопатогенезе трех факторов (биологического, психологического и социального), обусловливает необходимость корригирующих воздействий, которые соответствовали бы природе каждого фактора. Это означает, что психотерапия как основной или дополнительный вид терапии может применяться в комплексной системе лечения пациентов с самыми разнообразными заболеваниями. Однако удельный вес психотерапевтических воздействий, их общая направленность, объем и глубина определяются рядом факторов, которые и рассматриваются как показания (индикация) к психотерапии.

Показания к психотерапии определяются ролью психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, а также возможными последствиями перенесенного ранее или текущего заболевания.

Наиболее существенным показанием к психотерапевтической работе с конкретным пациентом является роль психологического фактора в возникновении и течении болезни. Чем больше удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем более показана психотерапия и тем большее место она занимает в системе лечебных воздействий. Иными словами, чем более выражена психогенная природа заболевания (то есть, чем более понятна связь между ситуацией, личностью и болезнью), тем более адекватным и необходимым становится применение психотерапевтических методов.

Показания к психотерапии также обусловлены возможными последствиями заболевания. Понятие «последствия заболевания» можно конкретизировать. Они могут быть связаны с клиническими, психологическими и социально-психологическими проблемами. Во-первых, это возможная вторичная невротизация, то есть манифестация невротической симптоматики, вызванная не первичными психологическими причинами, а психотравмирующей ситуацией, в качестве которой выступает основное заболевание. Во-вторых, это реакция личности на болезнь, которая может как способствовать процессу лечения, так и препятствовать ему. Неадекватная реакция личности на болезнь (например, анозогнозическая или, напротив, ипохондрическая и т. д.) также нуждается в коррекции психотерапевтическими методами. В-третьих, речь может идти о наличии психологических и социально-психологических последствий. Тяжелая болезнь, изменяющая привычный образ жизни пациента, может приводить к изменению социального статуса; невозможности реализации и удовлетворения значимых для личности отношений, установок, потребностей, стремлений; изменениям в семейной и профессиональной сферах; сужению круга контактов и интересов; снижению работоспособности, уровня активности и мотивационных компонентов; неуверенности в себе и снижению самооценки; формированию неадекватных стереотипов эмоционального и поведенческого реагирования и пр. В-четвертых, в процессе длительного или хронического заболевания возможна динамическая трансформация личностных особенностей, то есть формирование в ходе повышенной сенситивности, тревожности, мнительности, эгоцентричности и пр., нуждающихся в корригирующих воздействиях. Безусловно, что в каждом конкретном случае показания к психотерапии определяются не только

нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями пациента, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

Контрольные вопросы

1. В рамках какой теоретической ориентации дано следующее определение психотерапии: «Психотерапия — это процесс взаимодействия между двумя или более людьми, один из которых специализировался в области коррекции человеческих отношений»?

1) Динамической.

2) Гуманистической.

3) Когнитивной.

4) Поведенческой.

2. В наименьшей степени сущность психотерапии раскрывает следующее понятие:

1) клинико-психологическое вмешательство;

2) психологическая коррекция;

3) внушение;

4) психологическая интервенция.

3. Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

1) переучивание;

2) осознание;

3) приобретение нового опыта;

4) переработку иррациональных установок.

4. Укажите психотерапевтический метод, который не соответствует принципу данной классификации:

1) симптомо-ориентированная психотерапия;

2) проблемно-ориентированная психотерапия;

3) социо-ориентированная психотерапия;

4) личностно-ориентированная психотерапия.

Краткий исторический очерк.

Психотерапия, как и любая другая отрасль медицины, имеет свою историю — как науки и практики врачевания.

Развитие науки, в том числе и психотерапии, — не линейный, а сложный, многогранный процесс развития с зигзагами, возвратами к уже пройденным этапам. История науки воспроизводит этот путь, прослеживает процесс накопления знаний, эволюцию идей, смену теорий, эскалацию мощи методов и полученных результатов. Она пользуется различными «измерениями», рассматривая их в контексте времени. Имея в поле своего зрения весь спектр «измерений», история науки делает акцент на главном — на развитии содержательной стороны, которая представляет для нее доминирующий интерес.

При рассмотрении накопления психотерапевтических знаний в хронологической последовательности их появления, при постоянном внимании к оценке достижений и неудач на каждом временном этапе открывается неисчерпаемый резервуар «материалов» для новых направлений, теорий, концепций этой молодой и, одновременно, старой отрасли медицинской науки.

В истории психотерапии можно выделить два больших (основных) периода. Первый, донаучный, охватывающий тысячелетия, и второй — всего два столетия, XIX-XX века — научный период психотерапии. История отечественной психотерапевтической мысли включена составляющей частью в развитие мировой психотерапии. Описание истории психотерапии опирается на два основных критерия — внутреннюю логику развития самой науки и влияние внешних социально-экономических, культурных факторов (так называемый исторический фон) на развитие психотерапии, как аспекта психиатрии, а в широком смысле и медицины, психологии, педагогики, социологии, философии.

Важной закономерностью развития психотерапии как науки, вышедшей из врачевания, опирающейся на философию, находящейся на стыке физиологии, психологии, педагогики и социологии, является ее направленность на выработку единой теории. Психоанализ, бихевиоризм, экзистенциализм и др. претендовали именно на такую теорию, однако ни одно из этих направлений на современном этапе не удовлетворяет требованиям единственной теории.

В рамках данного издания нет необходимости в детальном рассмотрении донаучного периода психотерапии. Он пронизан магическими практиками, опирающимися на мифологию древних культур, теологическими толкованиями, мистериями, «тонким чувствованием» и тайными интуитивными знаниями адептов, верой в существование сверхъестественных сил. Именно эти мистические стремления нашли свое выражение в многоликих и причудливых обрядах — от невзыскательно-простых до весьма сложных, но всегда окруженных ореолом таинственности. При всем многообразии мистических подходов, будь то гулкие удары гонга в египетских храмах, неистовый ритм бубна шамана, хоровые пения и танцы африканских колдунов, запах и дым благовонных курений в индийских монастырях, бесконечный речитатив молитв, мерцание свечей и блеск церковного убранства, результаты этих приемов и средств очень похожи. За всей их таинственностью зачастую стояло внушение и самовнушение, развивающееся на фоне наведенного транса или гипнотического состояния. Столетиями мистика была властительницей в толковании подобных феноменов, да и душевных болезней в целом.

Теологическая медицина сменилась медициной метафизической, в которой время от времени возникали научно-реалистические подходы. Заболевания, в том числе и психические, начали рассматриваться как явления естественного порядка и появились попытки соответствующего их лечения. Так, например, в сочинениях Сорана, жившего в Риме в царствование Адриана (II век н. э.), описаны следующие терапевтические приемы: «Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятных рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух. Целесообразно при этом подбирать текст, содержащий ошибки, чтобы таким образом вновь пробудить критическую способность... В дальнейшем можно пользоваться и театральными представлениями, способными рассеять печаль, разогнать нелепые страхи».

Впоследствии, в Средние века, научная мысль вообще и медицинская в частности вновь оказывается во власти мистики и схоластики. Особенно ярко это отмечалось в раннем Ренессансе с его процессами ведьм и казнями психически и нервнобольных. Существовали детально разработанные пособия по диагностике ведовства и одержимости демонами (достаточно вспомнить «Молот ведьм», опубликованный в 1487 г. доминиканскими монахами Шпренгером и Иститориусом). По всей Европе на протяжении столетий пылали костры инквизиции, на которых сжигали депрессивных больных с идеями самообвинения, истерическими расстройствами в сумеречном состоянии, параноиков с бредом преследования, с индуцированным помешательством, охватывавшими иногда целые деревни (последняя «колдунья» погибла в 1782 г.!).

И лишь в XVIII веке, во времена Великой французской революции, стимулировавшей коренные изменения всей структуры Средней Европы и одновременно с этим прогресс целого ряда наук, в том числе и медицины, был нанесен удар по вековым суевериям, сопряженным с психическими заболеваниями. Именно в этот период, в эпоху Пинеля (1745-1826), закладываются истинно научные предпосылки дальнейшего развития психиатрии и психотерапии. По разрешению Центрального Бюро Коммуны Пинель снимает цепи с душевнобольных в Бисетре в 1793 г., что явилось переломным моментом в психиатрии — к лицам с психическими расстройствами стали относиться как к обыкновенным больным, которые нуждаются в хорошем обращении и лечении. Пинель заложил основы лечебного режима пребывания и условий содержания душевно больных, что в дальнейшем, через полтора столетия послужило основными предпосылками возникновения научно обоснованной социотерапии, коллективной психотерапии.

В это же время, в 1776 г. была предпринята первая, весьма наивная попытка научного объяснения лечебного влияния внушения в виде теории «животного магнетизма» Месмера (1734-1815). Еще за несколько веков до этого философы, алхимики и врачи уделяли большое внимание таинственной силе магнита, притягивающего или отталкивающего железо. Так, Парацельс (1493-1541), который впервые употребил термин «магнетизм», прикладывал магнит к телу больного, считая, что он притягивает к себе болезнь. Иногда во время лечения магнитом у некоторых пациентов возникало мгновенное излечение. После смерти Парацельса теорию магнетизма развивал Ван Гельмонт (1577-1644), считая посредником притяжения и отталкивания эфироподобный дух, который пронизывает все мировые тела и приводит их в движение. Мессмер

в основу своего учения положил магнитно-флюидную теорию Ван Гельмонта и полагал, что магнетическая сила находится в природе повсюду и обусловливает взаимодействие небесных сил, земли и одушевленных существ. В 1766 г. он защитил диссертацию «О влиянии планет...», где обобщил свои умозаключения. Лишь через восемь лет после этого Месмер начинает заниматься лечением магнитом. Вскоре он замечает, что излечение может наступать и при обычном прикосновении или проведении ладоней над телом больного (так называемые «пассы»), и приходит к выводу, что магнит является лишь передатчиком особого флюида, исходящего от человека. Будучи широко образованным человеком и пытливым экспериментатором, Месмер пытается привлечь к обсуждению полученных результатов венскую научную элиту, однако наталкивается на стену полного неприятия и переезжает в Париж, куда уже докатилась молва о его чудодейственном методе. Вообще, в конце XVIII века всякое начинание, чтобы иметь шансы на успех и сделаться активным фактором в историческом смысле, должно было пройти через мировой центр — Париж. Здесь Месмер обретает популярность, проводит коллективные сеансы магнетической терапии при помощи изобретенного им магнетического чана, пользуется покровительством королевы Марии Антуанетты. В 1774 г. Французская академия назначает комиссию для проверки магнетической теории. В комиссию входили крупнейшие ученые авторитеты того времени — Лавуазье, Франклин, Байли и др. После тщательного изучения вопроса и проверки данных комиссия приходит к выводу, что магнетического флюида не существует и все, что связывали с действием последнего, может быть отнесено лишь к влиянию воображения. А ведь именно в нем и заключалась действительная основа терапевтического воздействия месмеровских сеансов, которая в дальнейшем наукой была облечена в термины «внушение» и «самовнушение». Месмер умер в 1815 г. почти в полной безвестности. У него были как свои сторонники и последователи, так и противники. Но несмотря ни на что, надо признать, что он первый предпринял экспериментальное изучение психотерапевтических отношений, до тех пор использовавшихся только в магических опытах. В практике Месмера существовал раппорт (словесный или невербальный контакт гипнотизирующего и гипнотизируемого), однако он не придавал этому большого значения. Когда его ученик и последователь маркиз де Пюсегюр в 1784 г. сообщил о своем открытии сомнамбулизма (наиболее глубокая степень гипнотического состояния) и возможности войти в словесную связь с магнетизируемым, Месмер уже сталкивался с этим явлением и отмахнулся от этого факта, как от малозначащего. Он интересовался исключительно физиологией. Вот почему Месмера можно считать инициатором физиологического течения в объяснении гипноза.

Опыты магнетизеров будоражили умы конца XVIII — начала XIX столетий. По всей Европе проходили выступления магнетизеров, создавались магнетические общества, публиковались головокружительные результаты носителей магнетической силы. Широкое увлечение магнетизмом невольно приковывало внимание научно мыслящих людей. Большинство из них считало, что магнетизм — это обман со стороны магнетизеров и притворство магнетизируемых. К числу таких скептиков относился и английский врач Брэд. В 1841 г. он присутствовал на выступлении магнетизера Лафонтена с целью разоблачить мошенничество месмериста, однако увиденное им заставило Брэда повторно посещать эти сеансы и приступить к самостоятельным опытам. Посредством фиксации взгляда Брэд довольно быстро усыпил своего знакомого и тщательно описал происходящие изменения с испытуемым. (Будет несправедливым не отметить, что фиксация взгляда была впервые применена португальским аббатом Фариа, который описал ее как метод фасцинации еще в 1813 г. Состояние, вызываемое фасцинацией, он называл «люцидным сном»).

Круг испытуемых у Брэда ширился, все более уточнялись детали и способы усыпления. Брэд считал, что вызываемое им состояние — это искусственный нервный сон, возникающий вследствие концентрации внимания и утомления взора. Это состояние он определил специальным термином — гипноз, что, собственно, по гречески и означает сон. Всю свою дальнейшую жизнь Брэд посвятил изучению гипноза. Свой опыт он обобщил в монографии «Неврогипнология» (1843), в которой детально и подробно описано многое из того, что в дальнейшем переоткрывалось вторично из-за незнания трудов Брэда. Брэд решительно опровергал флюидные представления о гипнозе и излагал нейрофизиологическую его теорию, согласно которой гипнотическое состояние возникает при зрительной фиксации. В последние годы жизни Брэд допускал развитие гипнотического состояния и при словесном внушении. Умер он в 1860 г. В этом же году во Франции вышло несколько книг, где в общих чертах был описан метод вызывания искусственного сна и его лечебного применения.

Продолжателем дела Брэда стал врач Льебо (Нанси, Франция), которому в 1860 г. попалась книга с описанием нового метода лечения больных, разработанного Брэдом. Льебо, испытав несколько вариантов усыпления больных, предложил вызывать гипнотический сон, внушая

пациенту представления о засыпании неторопливым тихим голосом. Гипнотический сон Льебо разделил на несколько степеней и тщательно описал характерные признаки каждой из них. Заслуга Льебо заключается в том, что он первый систематически использовал словесное внушение в терапевтических целях, уделяя основное внимание психологическим аспектам гипноза. Так с 1860 по 1885 годы к Льебо обратилось 7500 пациентов, причем многим из них он проводил десятки сеансов. В 1866 г. он подытожил свои наблюдения в книге «Сон и подобные ему состояния...», где отстаивал естественно-научный взгляд на природу гипноза. Медицинское сообщество встретило этот труд глухим молчанием. И лишь в 1882 г. главный терапевт медицинского факультета в Нанси Дюмон решил использовать словесное внушение в гипнотическом состоянии для лечения больных в психиатрическом приюте Марвиль. Он приглашает к сотрудничеству Льебо, который охотно делится своим опытом. Вскоре эта работа привлекла внимание профессора терапевтической клиники Бернгейма. Он применяет гипноз в своей клинике и настолько широко вводит его в практику, что лечение словесным внушением используется на равных правах с другими лечебными методами. Бернгейм и до этого практиковал гипноз, опираясь на технику Шарко, но случаи гипнотизации удавались редко, а используя технические приемы Льебо, Бернгейм вызывал гипнотическое состояние у 90 % пациентов. Вокруг Льебо, Бернгейма, Дюмона и тогда еще молодого исследователя Бонн формируется круг нансийских ученых, интересовавшихся проблемами внушения и гипноза, и считавших, что гипноз — это психологически нормальный феномен, вызываемый внушением. Круг исследователей возрос, появлялись новые факты. Так возникла Нансийская школа гипноза, или школа Бернгейма.

Чуть раньше в Париже, в госпитале Сальпетриер знаменитый невропатолог того времени Шарко изучал явления гипнотизма в связи с проверкой теории и метода металлотерапии. Но особенно интенсивно Шарко начинает изучать гипноз и в клинических наблюдениях, и в специальных экспериментах после посещения выступлений магнетизера Донато. Шарко приходит к выводу, что гипноз является патологическим состоянием — искусственным истерическим неврозом. Слушать лекции известного Шарко с яркими показательными демонстрациями съезжались врачи со всех концов Европы. Вокруг Шарко сосредотачиваются многие видные ученые Парижа — Рише, Жане, де ля Туретт, Фере, Бине, Бабинский. Они вели свои исследования в том же русле, разделяя в общем предложенную Шарко точку зрения. Так возникла Сальпетриерская школа, или школа Шарко.

Между двумя научными школами шла ожесточенная многолетняя борьба, развернувшаяся на страницах медицинской печати и конгрессах. По характеру взглядов Сальпетриерская школа во главе с Шарко считалась физиологической, а Нансийская, возглавляемая Бернгеймом — психологической.

Сальпетриерская школа рассматривала гипнотическое состояние как экспериментально вызванное невротическое расстройство или искусственный невроз, разнообразные проявления которого зависели от воли экспериментатора. Способы вызывания гипнотического состояния могли быть как физическими, так и психическими. Согласно взглядам Нансийской школы гипноз — это особое психическое состояние или сон, вызванный непосредственно внушением. Состояние гипноза можно вызвать у совершенно здоровых людей, и это состояние ничего болезненного собой не представляет, а, напротив, благодаря повышению восприимчивости человека к внушениям во время гипнотического состояния, последнее является важным и действенным методом лечения различных расстройств. В конечном итоге взгляды Нансийской школы были поддержаны большинством исследователей в области гипноза.

В России изучением гипноза занимались многие видные ученые своего времени: Данилевский, Токарский, Бехтерев, Янушкевич, Тарханов.

Данилевским в 1878 г. на заседании Харьковского медицинского общества было сделано официальное сообщение о результатах наблюдения гипноза у лягушки. В своем докладе он высказывал идею о родстве гипноза у животных и человека. В начале 80-х годов XIX века Токарский впервые начал читать курс гипнологии в Московском университете. Молодой Бехтерев в 1884 г. находился на стажировке в Сальпетриере у профессора Шарко и по возвращении в Россию много времени уделял изучению гипноза и его лечебного воздействия.

Изучение гипноза в России имело свои препятствия, возникшие из-за одного казуистического случая. В 70-х годах XIX века по Европе гастролировал известный магнетизер Ганзен. Во время выступления в одном, близком к высшим медицинским сферам того времени, доме Санкт-Петербурга, куда были приглашены видные психиатры во главе с профессором Мержеевским, Ганзен безуспешно пытался магнетизировать двух молодых людей, у которых практически все его действия вызывали насмешку. Сеанс провалился, Ганзен с позором уехал, а профессор Мержеевский с негодованием по поводу такого шарлатанства обратился в Медицинский Совет.

Медицинским Советом были запрещены публичные сеансы гипнотизма и наложены ограничения на применение гипноза и врачами (сеансы гипнотизации необходимо было проводить в присутствии третьего лица, обязательно врача). Серьезные врачи отказались от применения гипноза в своей практике, чтобы не рисковать своим именем и положением, а это привело к тому, что гипноз как лечебное средство начали использовать профессиональные гипнотизеры-шарлатаны. Потребовались годы, чтобы добиться отмены ограничений на использование гипноза в медицинских целях. Будучи уже профессором, Бехтерев докладывал Медицинскому Совету о необходимости снятия запрета, что и было сделано соответствующим постановлением.

Таким образом, к 80-м годам XIX века относится усиленная научная разработка гипноза как лечебного метода, что оказало в свою очередь доминирующее влияние на выяснение этиологической роли психогенных факторов в развитии неврозов. Гипноз стал началом всей научной психотерапии, во всем многообразии ее методов.

Вообще, вторая половина XIX века характеризовалась небывалым интересом к естественно-научным проблемам. Успехи физики и химии дали значительный толчок развитию физиологии. Работы Мюллера, Холла, Брока определили экспериментальные подходы к изучению мозга. Патологическая анатомия и гистология достигли необычайного рассвета в трудах Вирхова. В 1859 г. мир узнал эволюционную теорию Дарвина. В 1866 г. в России были отпечатаны «Рефлексы головного мозга» Сеченова и в этом же году книга была запрещена властями, в Лейпциге Вундтом была открыта первая лаборатория экспериментальной психологии, Тьюк в 1872 г. впервые ввел в научный обиход термин «психотерапия».

В Европе золотой век гипноза подходил к концу. Апогеем стал Первый Интернациональный конгресс «Гипнотизм экспериментальный и лечебный», проходивший в Париже в августе 1889 г. под почетным председательством Шарко. В конгрессе участвовали Ломброзо, Льебо, Бернгейм, Дежерин, Жане, Бабинский, Форель, Маньян, Фрейд, Джеймс, Бехтерев и многие другие известные ученые, что подтверждало большой интерес и официальное признание этого вида психотерапии.

Школа Нанси стала приписывать большее значение внушению, чем самому гипнозу. Фармацевт Куэ в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где лечил по своей методике. В создание метода лечебного самовнушения внесли вклад Тарханов, Бехтерев, Боткин, разработав собственные оригинальные приемы. Скромная по содержанию формула самовнушения Куэ легла в основу таких методов, как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь, медитация, релаксация и др.

С конца 90-х годов XIX века, как реакция на чрезмерную экспансию гипноза, стали разрабатываться принципиально иные методы психотерапевтических воздействий. Говоря о стыке веков, нельзя не вспомнить о том, что это было переходное время от постклассицизма к модерну в литературе и искусстве, математика окончательно уступает «пальму первенства» физике, стремительно развивается психология. Это переходное время в России получает поэтическое название «серебряный век».

В Швейцарии увлеченно занимается психотерапией невропатолог Дюбуа, он был знаком с работами Шарко и Льебо, посещал Бернгейма в Нанси, одно время был увлечен гипнозом, но по мере накопления наблюдений полностью отошел от гипноза и внушения, разработал метод рациональной психотерапии, который противопоставил гипнозу и описал в книге «Психоневрозы и их психическое лечение». Рациональная психотерапия, опираясь, по словам Дюбуа, на «убедительную диалектику» и «силлогистические доказательства» , рассеивает ошибки в суждениях больного о характере и природе его заболевания. Снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, касающихся его болезни — таковы основные звенья воздействия рациональной психотерапии. Направление психотерапии, заложенное Дюбуа, несомненно явилось принципиально новым и не утратило своего значения и в настоящее время. Рациональная психотерапия входит практически во все виды психотерапии. Взгляды Дюбуа критиковались, в первую очередь, из-за отсутствия эмоциональной поддержки пациента. В 1910 г. французский невропатолог Дежерин, критикуя прямое внушение, с одной стороны, и рациональную психотерапию — с другой, предложил метод психотерапии посредством убеждения, основанный на безусловном эмоциональном доверии пациента к врачу. «Между рассуждением и принятием его данным лицом существует... элемент чрезвычайной важности, это — чувство. И одно только чувство создает эту атмосферу доверия, без которого не может быть психотерапии...». Оригинальный психотерапевтический метод — «арететерапия» был предложен в 1908 г. русским врачом-терапевтом Яроцким, профессором медицинского факультета Юрьевского университета. Греческое слово arete включает такие понятия, как доблесть и добродетель, стремление к осуществлению высоких идеалов и нравственному совершенствованию. Психотерапевтическое воздействие опиралось на высшие проявления духовной жизни, а именно

на нравственные стороны человеческой личности. В своей работе «Идеализм как физиологический фактор», вышедшей в свет в 1908 г., Яроцкий обосновывал положение о важнейшей роли нравственной стороны духовной жизни человека в развитии и течении его болезни. Этические (идеалистические) стороны личности не только обусловливают поведение человека и его жизненный путь, но являются также важными факторами, влияющими на особенности протекания физиологических процессов в организме. Истинная причина заболевания, по убеждению Яроцкого, находится в глубоких пластах духовной жизни, с чем он и связывал роль предложенного им метода в сохранении и восстановлении здоровья человека.

Своеобразный метод психотерапии был предложен немецким врачом Марциновским в 1909 г. — лечение идеалами (психотерапия миросозерцанием), суть которого заключалась в формировании у пациентов целительного духовного миросозерцания: пациент поднимается над своей страдающей, обремененной проблемами личностью и начинает видеть себя частицей человечества в целом и вообще всей Природы. Возвращая личность страдающего пациента в лоно общечеловеческих и духовных ценностей через осознание своей индивидуальности и самоценности собственного существования, достигаются изменения болезненных представлений, снижение и исчезновение нервности и тревожности. Психотерапия идеалами проходит в теплой и открытой атмосфере, располагающей пациента к доверительному общению с врачом.

Сравнивая методы психотерапии Дежерина и Марциновского с некоторыми современными подходами, можно увидеть нечто общее и с гуманистической школой, и с экзистенциальным направлением в психотерапии.

В 1895 г. Брейер и Фрейд публикуют совместную работу «Исследования по истерии», где описан психокатарсический метод лечения истерических расстройств. Для достижения лечебного эффекта, находящемуся в гипнотическом сне пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызывали тот или иной симптом. Феномен избавления от симптома при воспоминаниях в состоянии гипнотического сна о психотравмирующей ситуации Брейер и называл «катарсисом». Фрейд считал, что метод катарсического отреагирования Брейера дал ему ключ к пониманию истерии. В этом же году Фрейд отказывается от использования гипноза и начинает развивать психотерапевтическую систему, основанную на выявлении особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами — психоанализ. Фрейд тщательно занимался самоанализом и многие его теоретические рассуждения основывались на собственных невротических расстройствах. Основным средством самоанализа Фрейд считал анализ сновидений и в 1900 г. обобщил свой опыт в книге «Толкование сновидений», которая и сегодня считается одной из главных его работ. В 1901 г. Фрейд опубликовал книгу «Психопатология обыденной жизни», где высказал и обосновал предположение о том, что бессознательные идеи, конкурируя между собой за прорыв в сознание, оказывают существенное влияние на мысли, поступки и действия человека, изменяя их. Оговорка или простая забывчивость на самом деле отражают реальные, но еще не осознанные мотивы. Идеи Фрейда обрели популярность в среде студентов, практикующих врачей, художников и писателей, образованных людей того времени. Его теоретические представления о доминировании сексуального в жизни человека вызвали жесткую критику со стороны ученых мира. В 1902 г. к Фрейду обратилась группа студентов, в том числе Адлер и Юнг, с просьбой руководить еженедельным семинаром по проблемам психоанализа. Так возникла психоаналитическая школа Фрейда, которая создала основные теоретические предпосылки для формирования одного из трех доминирующих направлений современной психотерапии — динамического направления, объединяющего в себе большое число видов психотерапии, опирающихся на концепцию бессознательного. В 1905 г. Фрейд издал «Три очерка по теории сексуальности», где описал психосексуальные стадии развития ребенка, когда его психика концентрируется вокруг определенных эрогенных зон, и считал, что истоки невротических расстройств следует искать в детских переживаниях пациентов, бессознательном влечении ребенка к родителю противоположного пола и желании заменить собой или устранить родителя своего пола — эдипов комплекс. Фрейд стал первым теоретиком, указавшим на важность исследования детства для понимания природы психики человека. В период с 1900 по 1910 г. профессиональное положение Фрейда значительно упрочилось, частная практика процветала, пришло международное признание, ширились ряды последователей.

В 1911 г. из-за теоретических расхождений от Фрейда отошел Адлер — основатель индивидуальной психологии, идеи которого стали распространяться по всей Европе. Адлер утверждал, что цели и ожидания человека больше влияют на поведение, чем прошлый опыт, а основным побудительным мотивом является достижение превосходства и адаптация к среде. Он подчеркивал значительное влияние социума на каждого человека и большую важность

социальных интересов — чувство общности, кооперации и альтруизма. Адлер отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли неправильного семейного воспитания (эмоционального отвержения и попустительства) в возникновении неврозов. В 1914 г. от Фрейда отошел и швейцарский психиатр Юнг, которого он считал своим духовным сыном и наследником психоаналитической школы. Юнг разработал собственную аналитическую психологию, в которой интерпретировал либидо не как сексуальную энергию, а как жизненную энергию вообще, где секс присутствует как один из компонентов. Он ввел понятие коллективного бессознательного как наиболее глубокого уровня психической деятельности, содержащего в себе архетипы (врожденный опыт прошлых поколений). В дальнейшем Юнг выделяет психологические типы, определяет понятия интроверсии и экстраверсии, так широко известные в настоящее время.

В 1914 г. мир всколыхнула Первая мировая война, в которую были вовлечены не только страны Европы, но и Соединенные Штаты Америки. Наблюдая эту кровавую бойню, Фрейд развивает тезис, что агрессия является такой же побудительной силой, как и секс. Это стало еще одним поворотным пунктом в системе психоанализа и дополнило теорию Фрейда об общем психическом развитии человека. Психоанализ приобрел статус законченной и целостной теоретической системы, включавшей в себя теории развития человека, психологического происхождения неврозов и психоаналитической терапии. В дальнейшем последователи психоанализа разрабатывали собственные теории, опираясь на эти три прочные основы. Помимо индивидуальной психологии Адлера и аналитической психологии Юнга психоанализ Фрейда явился основой активной аналитической терапии Штекеля, волевой теории Ранка, интерперсональной психотерапии Салливана, характерологического анализа Райха, интенсивной психотерапии Фромм-Райхманн, Эго-анализа Кляйн, характерологического анализа Хорни, гуманистического психоанализа Фромма и многих других. Период создания этих теорий охватывает десятилетия как до Второй мировой войны, так и после нее. В последние годы жизни Фрейд в своих работах все больше уделял внимание психоаналитическому толкованию развития общества. Психоанализ проник не только в психиатрию и психологию, но и в литературу и искусство, культурологию, антропологию и социологию. Не случайно Фрейда причисляют к выдающимся ученым XX века. После того, как к власти в Германии пришли фашисты, официальная их позиция в отношении к психоанализу нашла свое отражение в публичном сожжении книг Фрейда в мае 1933 г. Многие евреи, ученики Фрейда — психологи и психоаналитики, эмигрировали в другие страны, в основном в США, начиная уже с 1934 г. Фрейд оставался в Вене до 1938 г., а когда германские войска вошли в Австрию — выехал в Англию, где и умер в 1939 г. С тех пор мировым центром психоанализа стали Соединенные Штаты Америки.

В России интерес к психоанализу опосредовался клинической проверкой гипотез Фрейда и имел как своих сторонников, так и противников. Российские ученые встретили идеи Фрейда о ведущем значении в происхождении неврозов сексуальных переживаний со спокойным интересом.

К этому времени в России уже были известны сенсационная «Сексуальная психопатология» Крафт-Эбинга, работы Молля, посвященные проблемам детской сексуальности, исследования Бине о сексуальных извращениях. Критические замечания в адрес психоанализа касались лишь односторонности взглядов Фрейда, игнорирования им других факторов в происхождении неврозов, помимо сексуальности. Практически каждая публикация Фрейда отражалась в реферативных обзорах на страницах «Журнала невропатологии и психиатрии». Большинство крупных работ было переведено на русский язык и издано отдельными книгами. С 1910 по 1914 г. регулярно выходил журнал «Психотерапия. Обозрение вопросов психического лечения и прикладной психологии», где публиковались статьи русских последователей Фрейда, обзоры зарубежных публикаций. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие русские врачи и ученые, как Осипов, Вырубов, Асатиани, Вульф, Розенталь, Лурия, Лившиц и др. После Октябрьской революции 1917 г. и гражданской войны в Советской России еще продолжалось изучение психоанализа. Были наивные попытки объединения психоанализа с марксизмом, носивших общее название фрейдомарксизма (Лурия, Фридман). После того как марксизм-ленинизм в СССР стал единственной теорией, фрейдизм, как и бихевиоризм и другие психологические концепции, были подвергнуты жесткой критике и запрещены, как пропаганда буржуазной идеологии. В январе 1930 г. прошел Первый Всесоюзный съезд по изучению поведения человека, а вслед за ним реактологическая дискуссия 1930-1931 гг., которые определили «единственно верный» методологический фундамент советской психологии на основе ленинской теории отражения. «Самокритика» не обошла таких выдающихся психологов того времени, как Выготский, Корнилов, Добрынин и др. Развитие прикладной психологии у нас в стране было приостановлено на многие годы после Постановления ЦК ВКП(б) в июле 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». Идеологизация психологии и психотерапии, длительная изоляция от ведущих направлений этих

наук в других странах, тенденция к биологизации медицины в целом явились причиной задержки развития психотерапии при формальном признании значимости ее роли в медицине. В эти особенно сложные для научной и практической психологии и психотерапии годы, продлившиеся вплоть до 60-х, Выготский, Лурия, Мясищев, Лебединский, Зейгарник и сравнительно небольшое число других исследователей своими трудами поддерживали развитие психотерапии и психологии в медицине в нашей стране.

Внутренняя логика развития отечественной психотерапии соответствовала теоретическим исследованиям таких ведущих ученых с мировым именем, как академики Бехтерев и Павлов (лауреат Нобелевской премии 1904 г.), которые были воспитаны на учении о нервизме, разработанном плеядой выдающихся русских врачей конца XVIII-XIX века — Зыбелиным, Мудровым, Дядьковским, Захарьиным, Манассеиным, Боткиным. Экспериментальное изучение высшей нервной деятельности в лабораториях Павлова, выделение типов нервной деятельности (физиологический эквивалент темперамента) , взаимосвязей между первой и второй сигнальными системами привело к теоретическому обоснованию экспериментальных неврозов, которое Павлов перенес в клинику нервных болезней. Таким образом был заложен методологический фундамент патофизиологической теории неврозов и их психотерапии. Это направление получило название — павловская психотерапия, использовавшая на практике экспериментальные данные о возникновении и угашении условных рефлексов, понятия о торможении, иррадиации, индукции, фазовых состояниях. Этими терминами описывался и сам психотерапевтический процесс. Павловская психотерапия привлекла внимание многих врачей и исследователей, которые в теории и на практике развивали и дополняли ее новыми данными. Бирман разработал в 30-е годы глубокую аналитически-диалектическую психотерапию, отводя ведущую роль исправлению извращенной целевой социо-рефлекторной установки невротической личности посредством социо-рефлексотерапии. Платонов в систематических экспериментальных исследованиях изучал гипноз и его использование в терапевтических целях, опираясь на физиологическое воздействие вербальных стимулов на кору головного мозга. Объяснение, убеждение и суггестивное влияние, воздействуя на динамику корковых процессов, изменяют в желаемом направлении сознание пациента, его эмоциональную сферу, эндокринно-вегетативные и другие физиологические процессы. Значительный вклад в развитие павловской школы в психотерапии внесли также Майоров, Буль, Лебединский, Вольперт, Слободяник, Свядощ, Рожнов и многие другие.

Большим авторитетом в психиатрических кругах Москвы пользовался известный психотерапевт Консторум (1890-1950). Он разработал оригинальный подход, названный им активирующей психотерапией, которая имела своей целью перестройку неадекватно переживающей и реагирующей психики не только и не столько путем словесного обращения к интеллекту и эмоциям больного, к его мироощущению и мировоззрению, сколько через изменение и корригирование его мироотношения. Активирующая психотерапия Консторума включала разъяснение роли целенаправленности и воли пациента к здоровью, обратимости имеющихся расстройств в сочетании с суггестивной психотерапией. Результаты научной и практической деятельности Консторума были опубликованы в книге «Опыт практической психотерапии» в 1959 г. уже после его смерти.

В 30-40-е годы в Ленинграде была разработана патогенетическая психотерапия, теоретическую основу которой составила психология отношений Мясищева (1893-1973). Ученик Бехтерева, Лазурского, Басова, Мясищев развил теоретические построения о взаимоотношениях личности и среды своих учителей и развил концепцию психологии личности как системы отношений индивида к окружающей действительности, в отличие от обычного понимания, рассматривающего личность как систему функций. На основании психологии отношений Мясищев в 1939 г. сформулировал клинико-патогенетическую концепцию неврозов, согласно которой основным патогенным звеном в возникновении невротических расстройств выступают противоречия в тенденциях и возможностях личности с требованиями и возможностями, предоставляемыми средой и воспринимаемые личностью как неразрешимые. Теоретические положения Мясищева были развиты его соратниками, учениками и последователями: Авербухом, Яковлевой, Плотниковой, Хвиливицким, Зачепицким, Страумитом. Таковы были истоки Ленинградской (Санкт-Петербургской) личностно-ориентированной школы психотерапии.

Вернемся вновь к началу XX века. В 1913 г. в США журнал «Психологическое обозрение» публикует статью Уотсона, молодого профессора университета Хопкинса, в которой он критиковал структурную и функциональную психологию, доминировавшую в то время. Уотсон призывал рассматривать психологию как объективную экспериментальную область естественных наук, основной теоретической задачей которой должно быть прогнозирование поведения человека и управление поведением. С этого момента начинает свое развитие бихевиоризм, как отдельное

направление в психологии, антагонистичное психоаналитической системе и определившее теоретические основы поведенческой психотерапии. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали условно-рефлекторная теория Павлова и теория сочетательных рефлексов Бехтерева. Павлов продемонстрировал в своих экспериментах, что высшая нервная деятельность может описываться в терминах физиологии, на подопытных животных и без привлечения понятия сознания. Работы Павлова позволили изучать сложное и многогранное поведение человека в лабораторных условиях. Уотсон воспользовался этой идеей и сделал ее основой своей программы. Павлов с удовлетворением отмечал, что работы Уотсона и дальнейшее развитие бихевиоризма в США являются убедительным подтверждением его идей и методов. Бехтерев опубликовал свои представления о сочетательных рефлексах в семитомнике «Основы учения о функциях мозга» (1903-1907). Он полагал, что поведение высшего уровня можно объяснить как сочетание или накопление моторных рефлексов более низкого уровня. Процессам мышления присущ аналогичный характер в том смысле, что они зависят от внутренних действий речевой мускулатуры. Это положение и было развито позднее Уотсоном. «Основы учения о функциях мозга» были переведены на немецкий и французский языки в 1913 г., именно тогда эту книгу и прочитал Уотсон. Бихевиоризм Уотсона представлял собой попытку построить науку, свободную от менталистических понятий и субъективных методов, науку столь же объективную и здравомыслящую, как и физика. Это означало, что все сферы поведения должны были рассматриваться в объективных терминах «стимул-реакция». Эксперименты Уотсона с условными рефлексами привели его к заключению, что эмоциональные расстройства невозможно свести только к сексуальным факторам, как утверждал Фрейд. Уотсон считал, что проблемы взрослого человека связаны с обусловленными реакциями, сформированными в детстве или подростковом возрасте. А если они являются следствием неправильного воспитания в детстве, то соответствующим воспитанием можно предотвратить появление расстройств в более зрелом возрасте. Он разработал программу оздоровления общества — экспериментальную этику, основанную на принципах бихевиоризма. Несмотря на то, что эта программа так и не достигла поставленных целей, сам Уотсон получил широкое признание.

К 1930 г. бихевиоризм представлял собой уже крупную научную школу и в дальнейшем продолжил свое развитие в работах необихевиористов Толмена, Халла и Скиннера, опиравшихся на принципы операционизма Бриджмена. Толмен в 1932 г. описал собственную систему целенаправленного бихевиоризма, определяющую целенаправленность поведения, ввел важное для бихевиоризма понятие промежуточной переменной и латентного научения, чем оказал большое влияние на дальнейшее развитие теории научения. Халл дополнил теорию научения законом о первичном и вторичном подкреплении, ввел в науку гипотетико-дедуктивный метод, который он считал единственно адекватным методом бихевиоризма. Самой влиятельной фигурой необихевиоризма на протяжении нескольких десятилетий был Скиннер (всеобщее признание его пришлось на послевоенные годы). Он выдвинул концепцию оперантного научения, согласно которой организм приобретает новые реакции, благодаря тому, что сам подкрепляет их, и только после этого внешний стимул вызывает реакции. Речь человека Скиннер считал вербальным поведением, подлежащим подкреплению, прогнозированию и управлению. Взгляды на природу процесса научения вышли за пределы лабораторий и воплотились в концепции программированного обучения. Начиная с 50-х годов, методы оперантного бихевиоризма распространились на психотерапевтическую практику и воплотились в поведенческой психотерапии, главной целью которой стали формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль. 1950-1960-е годы — период становления поведенческой психотерапии как самостоятельного направления. Работы Вольпе и Лазаруса в ЮАР, Шапиро и Айзенка в Англии, Азрина и Айллона в США привели к растущей популярности поведенческой психотерапии в 60-70-е годы, когда она стала одним из ведущих психотерапевтических направлений мировой психотерапии. Мощным толчком для дальнейшего развития бихевиоризма и поведенческой психотерапии явилась социальная когнитивная теория Бандуры, определившая социально-бихевиористский подход в психологии. Социальное научение, согласно теории Бандуры, формируется через наблюдение. Одно лишь наблюдение за моделью позволяет формировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название концепции самоэффективности.

Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой психотерапии (стимул-реакция), рассматривающий когниции как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории Эллиса и Бека. В рационально-эмоциональной психотерапии Эллиса главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются

рациональные и иррациональные когниции. В когнитивной психотерапии Бека определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) когниции. И Элис, и Бек признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем Мейхенбаума. Его работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей Лурия и Выготского о внутренней речи. Разработанные им методика самоинструктирования, прививка против стресса представляют собой способы овладения внутренней речью в виде самовербализации.

Таково же направление работ Махони, рассматривающего когнитивные переменные и их модификации как главный объект и цель когнитивно-поведенческой психотерапии.

Таким образом, поведенческая психотерапия сегодня — это развивающееся направление в психотерапии. Начав с теорий научения, построенных по схеме «стимул-реакция», она использовала далее когнитивные и социальные теории научения, а в последние годы пытается опереться на теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем.

Во второй половине XX века, после Второй мировой войны 1941-1945 гг., два ведущих направления — психоанализ и бихевиоризм — претерпевают изменения и существенно преобразуются. В философии, психологии и психотерапии, вначале в Европе, а затем и в США начинает активно развиваться экзистенциализм, который зародился в недрах французского сопротивления немецкой оккупации. Первыми представителями этого течения, сплотившего вокруг себя интеллектуалов того времени, считаются философ Сартр и романист Камю, лауреаты Нобелевской премии по литературе. Идеи экзистенциализма в религиозной философии кристаллизовались благодаря работам Бубера и Тиллиха. На развитие этого учения в психологии значительно повлияли труды Хайдеггера. Его центральной идеей является понимание человеческого существования через «бытие-в-мире». Швейцарские психиатры Бинсвангер и Босс перенесли онтологию абстрактного Бытия на проблемы изучения бытия индивидуального и, на основе богатейшего клинического материала, разработали так называемый бытийный (дазайн) анализ, направленный на реконструкцию внутреннего мира опыта. Наряду с ними Ясперс и Франкл предпринимали небезуспешные попытки внедрить положения экзистенциальной психологии в клиническую психотерапию. В США крупнейшим представителем экзистенциализма в психологии и психотерапии считается Мэй, идеи которого способствовали значительной популяризации экзистенциальной психотерапии среди специалистов. Экзистенциализм становится основанием для развития гуманистически ориентированной психологии.

В 60-е годы XX века в американской психологии возникает новое направление, получившее название гуманистической психологии. Это направление возникло как противовес дилемме бихевиоризм — психоанализ и открыло новый взгляд на природу психики человека. Основные принципы гуманистического направления заключаются в признании ведущей роли сознательного опыта и целостном характере природы человека с акцентом на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида. Основоположниками гуманистического направления считаются Маслоу (1908-1970) и Роджерс (1902-1987). Стремление личности к самоактуализации по Маслоу является высшей человеческой потребностью, которая достигается удовлетворением всей иерархии нижележащих потребностей человека от физиологических до потребности в уважении и самоуважении. Патология же — это ослабление человека, потеря или неосуществленность человеческих возможностей. В отличии от Маслоу, Роджерс пришел к концепции о стремлении человека к самоактуализации через осмысление опыта занятий с эмоционально неуравновешенными детьми в годы работы в консультационном кабинете «Общества по предотвращению насилия над людьми». Роджерс известен, прежде всего, своей клиент-центрированной психотерапией, которую он разработал в 40-50-х годах. Основу клиент-центрированной психотерапии составляет позитивная вера во врожденную тенденцию человека к развитию своих оптимальных способностей. Психотерапевтические встречи действуют через сам факт их новизны. Во время их проведения психотерапевт служит катализатором, с помощью которого пациент реализует свои латентные и лучшие способности для саморазвития. Бурный рост интереса к гуманистической психотерапии приходится на 60-70-е годы, когда миллионы людей записывались в группы встреч, сеансы развития способности чувствовать, на курсы раскрытия потенциала человека и т. д. Само гуманистическое направление, как третья сила в психотерапии, является наименее однородной и объединяет такие разнообразные методы, как гештальт-терапию Перлса, экзистенциальный анализ Сартра, дазайнанализ Бинсвангера, логотерапию Франкла, психоимажинативную терапию Шорра, эмпирическую психотерапию Витакера, первичную терапию Янова, биоэнергетический анализ Лоуэна, структурную интеграцию

Рольф, трансцендентальную медитацию, дзен-психотерапию, психоделическую психотерапию и ряд других методов.

После Второй мировой войны наша страна пережила вторую волну государственно-идеологического прессинга. Не обошел он науку и медицину.

Объединенная павловская сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР 1950 г. и научная дискуссия в 1951 г. на объединенном заседании расширенного президиума Академии медицинских наук и пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, вскрыв «идеологические извращения и ошибки», привели к снижению роли психологии и прикладных ее отраслей, подмене ее физиологическим учением о высшей нервной деятельности академика Павлова, умершего еще в 1936 г. На самом высоком уровне проводились инструктивные «совещания» с целью новой перестройки психологии, перевода ее на малопродуктивную для этой науки физиологическую почву. И только после 1953 г., во время «хрущевской оттепели», началось возрождение научной психологии и психотерапии в нашей стране. В частности, начал издаваться журнал «Вопросы психологии», где ведущие ученые страны выступили с программными статьями. В 1956 г. Мясищев опубликовал в этом журнале работу «О значении психологии для медицины». Можно сказать, что физиологический редукционизм относительно психологии в медицине был преодолен лишь после «Совещания по методам исследования в патофизиологии высшей нервной деятельности человека и медицинской психологии» в октябре 1962 г. Сложились более благоприятные условия для развития медицинской психологии и психотерапии. При АМН СССР в 1962 г. была создана проблемная комиссия «Медицинская психология», которую возглавил Мясищев. Тогда же стали появляться монографические работы крупных отечественных психологов. Появились условия для дальнейшего развития личностно-ориентированной школы психотерапии. Вокруг Мясищева сплотился круг перспективных ученых, которые развили концепцию патогенетической психотерапии своего учителя: Карвасарский, Мягер, Либих, Тупицын и др. Разрыв в уровне развития отечественной и зарубежной психотерапии стал сокращаться в конце 60-х — начале 70-х годов, особенно после введения в университетах специализации по медицинской психологии. Большое влияние на дальнейшее развитие психотерапии в нашей стране оказало активное межинститутское научное сотрудничество с польскими, чешскими и немецкими психотерапевтами. Начало тесным контактам с психотерапевтами социалистических стран было положено рабочей группой по психотерапии, созданной на Первом международном симпозиуме социалистических стран по психотерапии, который состоялся в Праге в 1959 г.

В медицинских институтах для усовершенствования врачей в Харькове (1962), Москве (1966) и Ленинграде (1982) были открыты кафедры психотерапии. В создании отечественной психотерапии в ее современном виде важную роль сыграли ученые Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и исторически связанный с ним коллектив кафедры психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. В этих учреждениях на базе патогенетической психотерапии Мясищева была разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, являющаяся пока единственной отечественной системой динамической психотерапии. Московскими учеными была создана эмоционально-стрессовая психотерапия. Харьковские специалисты, развивая наследие Платонова, внесли значительный вклад в гипнотерапию, аутогенную тренировку и другие методы суггестивной психотерапии.

В последнее десятилетие интерес к психотерапии в нашей стране резко возрос, открылись возможности изучения всего спектра ее теорий и методов, повысилось качество подготовки специалистов, совершенствуются организационные модели психотерапевтической службы. В медицинских институтах начато преподавание основ психотерапии для ориентировки начинающих врачей в этой сложной и многогранной области медицинских знаний.

Контрольные вопросы

1. Термин «гипноз» ввел в медицинскую практику:

 1) Льебо;

 2) Месмер;

 3) Брэд;

 4) Шарко.

2. Методику самовнушения впервые предложил:

 1) Тарханов;

 2) Бернгейм;

3) Бехтерев;
4) Куэ.

3. Автором «патогенетической психотерапии» является:
   1) Консторум;
   2) Бирман;
   3) Мясищев;
   4) Рожнов.
4. Основоположником гуманистического направления в психологии является:
   1) Айзенк;
   2) Маслоу;
   3) Лазарус;
   4) Адлер.

Интердисциплинарный характер психотерапии и ее основы.

Психотерапия как система, использующая для лечебного воздействия психологические средства, является точкой пересечения ряда областей знания: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. Интердисциплинарность как понятие получила особое распространение в связи с научно-техническим прогрессом, когда стали возникать быстро развивавшиеся пограничные дисциплины и одновременно происходила дифференциация областей науки, опиравшихся на различные традиционные дисциплины (их способы подхода к проблеме и методы), например социальной антропологии, молекулярной биологии и др. Специфика психотерапии заключается в том, что ее объектом и одновременно инструментом служит одно из наиболее сложных образований — человеческая психика. В связи со сложностью объекта психотерапии возникает необходимость включения и использования достижений, методов и способов работы из других областей науки.

Несмотря на очевидный интердисциплинарный характер психотерапии, она, конечно, остается лечебной медицинской специальностью, а учет и разработка ее клинических основ имеют сегодня по-прежнему первостепенное значение (Карвасарский). И как лечебный метод психотерапия так или иначе тесно связана со всеми другими клиническими дисциплинами. Современное понимание болезни как биопсихосоциального явления ведет к признанию наличия психотерапевтических задач практически во всех клинических дисциплинах.

Интердисциплинарный характер психотерапии определяется широким использованием ее прежде всего при психогенных расстройствах, в патогенезе которых сложнейшим образом сочетаются в качестве ведущих психосоциальные факторы и в различной степени выраженности факторы биологической природы. При соматических заболеваниях применение психотерапии предполагает знание соответствующих разделов внутренних болезней, психосоматических соотношений.

Интердисциплинарный характер психотерапии проявляется также в лечебно-реабилитационном процессе при широком круге заболеваний, особенно при хроническом их течении (Кабанов). В ходе реабилитации с каждым этапом возрастает необходимость все более интенсивного включения больного в социальную жизнь (вначале в терапевтической, а затем и во внетерапевтической среде), поэтому психотерапевтические мероприятия приобретают важную роль. Поле действия психотерапии достаточно широкое, и при соответствующих модификациях психотерапевтические методы могут быть использованы также для решения психогигиенических, психопрофилактических и иных задач.

Психотерапия тесно связана также с общей и медицинской психологией, социологией, социальной психологией. В психотерапевтической работе с группами пациентов особое значение имеют феномены и закономерности социальных интеракций, коммуникации, групповой динамики. Этим обусловлено тесное сотрудничество в лечебной практике врача-психотерапевта и психолога. В свою очередь, психотерапия способствует развитию социальных наук благодаря исследованиям, опирающимся на специфический научный подход. Ввиду включения в психотерапию все большего числа специальных конкретных приемов расширяются ее связи с искусством, музыкой, лингвистикой и с другими областями знаний с учетом значения их достижений для психотерапевтического процесса.

Интердисциплинарный характер психотерапии отражается также в организации психотерапевтической службы и образования в области психотерапии. Расширяется сеть психотерапевтических кабинетов поликлиник и стационаров, психотерапия включается в территориальные программы обязательного медицинского страхования, увеличивается количество кабинетов психологической коррекции на промышленных предприятиях, служб психологического консультирования. Интеграция психотерапии в медицину осуществляется и через семейных врачей, врачей разных специальностей — невропатологов, кардиологов, онкологов и др.

Новые требования к психотерапии, более четкое определение ее места среди других медицинских дисциплин, разработка критериев эффективности и профессионализма предполагают создание комплекса преемственных и взаимосвязанных программ, которые позволят осуществить более качественную подготовку психотерапевтов и других специалистов, использующих в своей работе психотерапию.

Интердисциплинарный характер психотерапии можно рассматривать как этап развития психотерапии: научные направления, которые прошли уже фазу интердисциплинарности, становятся самостоятельными, в полной мере независимыми от тех дисциплин, на основе которых они формировались. Рассматривая перспективы развития психотерапии, можно полагать, что включение во всю медицинскую деятельность — диагностическую, терапевтическую, реабилитационную, профилактическую — элементов психотерапии способствовало бы более полной реализации интердисциплинарного характера психотерапии.

Научные основы психотерапии.

Психотерапия имеет многовековую историю. Еще Гиппократ представил типологию темперамента и считал слово одним из лечебных средств, а понятие «сократовский диалог» используется и в современной психотерапии. Но теоретико-методологические обоснования, позволяющие рассматривать психотерапию в качестве научной дисциплины, стали накапливаться лишь с середины XX в. Значительный прогресс отмечается в психотерапии в последние десятилетия, когда новые разработки и исследования позволили увидеть в психотерапии именно научную дисциплину, а не просто собрание методов, основанных на личных свидетельствах, или системе убеждений, принадлежащей той или иной «школе». Последняя часто имеет больше общего с религиозными представлениями, чем с открытым научным подходом.

Любые представления о мире связаны с идеологией и мифологией, бытовыми или научными знаниями. Основные различия между ними представлены в табл. 1.

Таблица 1. Сравнение различных представлений о мире

Методологический процесс	Идеология и мифология	Бытовые знания	Научные знания
Развитие и использование концепций	Зависят от представлений их создателей	Зависят от психологических законов	Зависят от методологических норм
Гипотезы	Нечувствительны к бытовому или научному опыту	Связаны с бытовым опытом	Связаны с научным экспериментом
Проверка гипотез	Связаны с верой и собственными убеждениями	Следуют психологическим законам наивного восприятия и процессов информации	Следуют методологическим нормам и логике эксперимента
Методические нормы	Нечувствительны к оценке	Связаны с бытовой оценкой	Связаны с научной оценкой
Оценка методических норм	Посредством убеждений и внушений	Посредством бытового опыта	Посредством научной оценки, связанной с методологическими нормами

Вопрос о том, в какой степени метод психотерапии является научным или ненаучным, часто остается открытым, поскольку, несмотря на получение новых, более точных результатов, еще

многие задачи в одном из наиболее сложных подходов к человеку — психотерапии — остаются нерешенными. Не следует также упрощать проблему научности в психотерапии до положения, что занятия дипломированного специалиста врача или психолога являются научно обоснованными, а других лиц — ненаучными. В качестве общей предпосылки научного и ненаучного обоснования психотерапии может выступать следующее: у ненаучно работающего психотерапевта познавательные структуры опираются на личный опыт, тогда как применение научно обоснованной психотерапии базируется на использовании современных теоретико-методологических научных знаний. Известно, что многие психотерапевтические методы возникли без влияния психологических теорий, а явились производными от личной интуиции и опыта. Во многих подобных случаях научное обоснование отсутствует.

В обосновании научных основ психотерапии определяющую роль играет методология. Методология — это система принципов, способов организации и построения теоретической и практической деятельности, объединенная учением об этой системе. Она имеет ряд уровней: философский, общенаучный, конкретно-научный, которые находятся во взаимосвязи и должны рассматриваться системно. Система методологии предполагает мировоззренческую интерпретацию основ исследования и его результатов. Методология собственно психотерапии определяется конкретно-научным уровнем и связана с мировоззренческой позицией исследователя или психотерапевта (например, ориентированной на биологическое, динамическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое и др. понимание личности, поведения, психопатологии).

Конкретно-научный уровень методологии включает приемы исследования: наблюдение, эксперимент, моделирование и др. Они в свою очередь реализуются в специальных процедурах — методиках получения научных данных. Являясь преимущественно психологической и медицинской дисциплиной, психотерапия опирается на методологию и методы общей психологии и биологии.

Под психотерапией обычно понимают или ряд методов, которые включают психологические средства для лечения психических расстройств, или практическую работу тех, кто использует эти методы. Такая дифференциация соответствует различиям между методологическими нормами и психотерапевтической практикой. Психотерапевтические методы могут интерпретироваться как методологические нормы, если их описание содержит информацию об инициирующей ситуации и содержании проблемы, терапевтических целях, предлагаемых психотерапевтических действиях. Различные личностные характеристики, условия окружения, которые важны для данного типа лечения, также могут быть частью первичной ситуации или понимания проблемы. Психотерапевтические методы представлены простыми или сложными вмешательствами в виде психотерапевтических техник, таких, например, как фокусирование, интерпретация или конфронтация. Необходимо знать о действиях, которые могут быть реализованы и при каких условиях (в пределах психотерапевтического процесса), а также — с какой целью. Определение показаний к применению тех или иных методов является общим правилом, указывающим, какие меры являются оптимальными в данных условиях, и включает прогноз успеха в отношении конкретного случая психотерапии.

Методы научно не обоснованной психотерапии обычно не имеют точных показаний, их цели недостаточно ясны (поэтому вопрос об эффективности не может ставиться), часто бывает трудно понять терапевтическую стратегию действий и предположить их результат. Это означает, что такая психотерапия не может быть реконструирована в виде методологически обоснованного воздействия.

При лечении психических расстройств психотерапевт может иметь дело не с точно определенными феноменами и методами психотерапевтического вмешательства, которые являются методологическими нормами, а лишь с мерами, имеющими эвристичный характер. Но эвристичность может быть и системой методологически обоснованных норм. Она, например, включает направления действий при определенных начальных условиях для достижения определенных целей. Одной из особенностей начальных условий может быть то, что проблема не вполне ясна. В этом случае направление действий должно начинаться не с психотерапии, а с анализа проблемы.

Согласно Перре, искусство применения норм научно обоснованной психотерапевтической практики проявляется в способности творчески настроенного психотерапевта сознательно и планомерно применять доказанные, узаконенные знания, оцененные нормы и эвристичность.

Активный психотерапевт заполняет разрыв между имеющейся научно обоснованной базой знаний и той, которая необходима в действительности, с помощью собственного знания, сформированного на основе личного опыта. Такие лично созданные представления и

эвристичность, использующиеся для объяснения эффектов действия, могут быть ложными. Но часто психотерапевт оказывается терапевтически успешным лишь на основе личных знаний.

Способность к решению проблем у психотерапевта увеличивается при условии усвоения им новых научных знаний. Однако это может не проходить в том случае, если психотерапевт приобрел опыт в принятии ложных объяснений причинности и остается успешным в индивидуальных случаях психотерапии. Такие «природные таланты», сформированные личным опытом, представляют опасность создания психотерапевтических школ, базирующихся на их ложных представлениях, особенно, если они обладают определенной харизмой и их «особые методы» отвечают интересам и потребностям текущей моды. Привлекательность таких концепций, созданных одним человеком, обычно является результатом их теоретической простоты, прямой вероятности и универсальности применения, то есть соответствует человеческой потребности в ясности и простоте, неоспоримости утверждений. В противовес этому основа поведения психотерапевта, применяющего научный подход, — это комплексность, открытость для пересмотра и дальнейшего развития.

Для практической психотерапевтической деятельности недостаточно теоретико-методологических и методических знаний. Эффективное решение поведенческих, психологических проблем пациента основывается не только на знаниях, но также на понимании условий их формирования и динамики.

Понимание степени научной обоснованности психотерапии зависит и от социально-исторических условий. До настоящего времени мы встречаемся с представлениями о происхождении и лечении психических расстройств, которые связаны с определенными культурными особенностями, уходящими корнями в далекое прошлое. Причины отличия научного знания от бытового находятся вне личного опыта. Научность зависит, в частности, от обоснованности опытом, полученным в соответствии с нормами научной методологии своего времени. То, что научное сообщество определенной эпохи выделяет как достойное включения в структуру науки, определяется не только социологическими феноменами, но и точными, доступными исследованию результатами, достигнутыми при прогрессе знания. Так, после работ Павлова по условным рефлексам в науке иначе рассматривается ряд психологических феноменов. Таким образом, обоснование «технологий» в психотерапии зависит от прогресса знаний. В этом смысле степень научного обоснования психотерапии является отражением своего времени.

На основании представлений Бунге и Перре в качестве общих критериев научной обоснованности психотерапии Абабков предложил:

1. Доказательства эффективности психотерапии. Эффективность психотерапии не может оцениваться субъективно, на мнении психотерапевта или пациента. Требуются сложные, многофакторные научные исследования.

2. Теоретико-методологическое обоснование психотерапии, которое не противоречит современным научным данным. Этот критерий предполагает использование научных знаний не только в области психотерапии, но также в теориях личности и психопатологии.

3. Применение теорий психотерапии, научно объясняющих эффективность психотерапевтического метода. Такое объяснение касается, прежде всего, методологии психотерапии.

4. Законность психотерапевтических целей, с помощью которых предполагается достижение успеха. Определение цели психотерапии зависит от возможностей психотерапевта, особенностей пациента и условий проведения психотерапии. Выбор наиболее этичной, может быть более сложной или менее финансируемой, цели психотерапии, определяется признанием психотерапевтом данного критерия. Следует учитывать возможность использования психотерапии с политическими или идеологическими целями.

5. Приемлемость психотерапевтического метода. Важность соблюдения этого критерия особенно актуальна в настоящее время в условиях систематической рекламы и применения разнообразных нетрадиционных экстрасенсорных, магических и пр. (по сути психологических) «лечебных» методов воздействия на человека. Экзотические и малоэффективные виды психотерапии остаются в арсенале и дипломированных специалистов.

6. Затраты на метод, необходимые для достижения успеха. В настоящее время здравоохранение даже экономически наиболее развитых стран не может полностью оплачивать порой необходимую долговременную психотерапию. Проблемой является выбор длительности психотерапии в зависимости от ее эффективности, что часто связано с экономическими возможностями. Финансовая сторона психотерапии может рассматриваться и с этических позиций.

7. Вероятность и характер ожидаемых побочных эффектов. Данный критерий особенно важен для клинической психотерапии. Научно обоснованная психотерапия, ясно представляющая механизмы влияния, его цели, задачи и возможности, должна учитывать результаты воздействия и избегать нежелательных или вредных последствий, которые еще не являются редкостью в психотерапевтической практике.

В последний период уточнялись и активно апробировались теоретико-методологические позиции психотерапии как научной дисциплины. Развитие смежных с психотерапией научных областей позволило усовершенствовать и ускорить компьютерные и математико-статистические способы обработки теоретического и практического материала. Это привело к созданию научных работ обобщающего характера, которые ранее были невозможны. К ним относится исследование Ламберта и Бергина, в котором среди общих научных достижений современной психотерапии указаны следующие:

1. Превышение общего эффекта психотерапии над эффектом спонтанных ремиссий.

2. Позитивный характер общего эффекта психотерапии.

3. Превышение эффекта психотерапии над эффектом плацебо-контроля.

4. Определенный разброс результатов даже при гомогенных исследованиях, что рассматривается как следствие влияния факторов, связанных с психотерапевтом, а не с психотерапевтической техникой.

5. Относительная эквивалентность результатов при большом числе использованных методов психотерапии, терапевтических переменных и временных условий.

6. Уникальная эффективность немногих форм психотерапии при специфических нарушениях.

7. Интерактивная и синергическая роль медикаментов при проведении психотерапии.

8. Особая важность взаимоотношений психотерапевт — пациент для предсказания результата и достижения возможных позитивных личностных изменений пациента.

9. Учет негативных эффектов при психотерапии и изучение процессов, которые приводят к ухудшению состояния пациентов.

Бесспорные научные достижения современной психотерапии, дальнейшее ее развитие на основе прогресса в смежных областях являются условием превращения психотерапии в подлинно научную дисциплину.

Контрольные вопросы

1. Для научных знаний (и, следовательно, для научной психотерапии) характерно все указанное, кроме:

1) связи с научным экспериментом;

2) зависимости от методологических норм;

3) оценки посредством бытового знания;

4) следования логике эксперимента.

2. Для научно не обоснованной психотерапии характерно следующее, кроме:

1) недостаточной ясности цели психотерапии;

2) опоры на личный опыт;

3) учета современных теоретико-методологических знаний;

4) отсутствие точных показаний к психотерапии.

Клинические основы психотерапии.

В самом общем плане можно говорить о двух клинических предпосылках широкого и эффективного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (неврозы) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и пр.). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и пр.

Что же касается целей, задач, выбора методов психотерапии, то они определяются конкретными клиническими характеристиками больного и болезни:

— личностными особенностями пациента и реакциями его на болезнь;

— психологическими факторами этиопатогенеза заболевания;

— нозологической принадлежностью болезни и ее этапами;

— структурно-организационными рамками, в которых проводится психотерапия.

Понятие личностного подхода, традиционно подчеркиваемое в отечественной литературе (Платонов), является одним из важнейших теоретико-методологических принципов медицины. Поэтому крайне актуальным представляется детальное исследование клинических особенностей личности больного, их трансформации в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Значимость указанных исследований возрастает ввиду усиливающейся тенденции к выведению ряда личностных характеристик и расстройств непосредственно из патологии мозга, чему немало способствовало установление важной роли лимбико-ретикулярного комплекса в психической деятельности. При всем значении исследований в области «неврологии личности» выяснение генеза личностных особенностей требует одновременного анализа сложных явлений индивидуальной и социальной психологии личности.

Яркой моделью, которую можно использовать для рассмотрения трансформации личностных особенностей в связи с задачами психотерапии, является невротическое заболевание («болезнь личности») с его различными стадиями. При невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной, психотравмирующей ситуации. В данном случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического заболевания — стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и есть по сути дела зафиксированное и устойчивое отношение к себе. На третьей стадии невроза — при затяжном его течении и невротическом развитии — отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию.

В качестве примера соотношения первичных, вторичных и третичных особенностей личности у больного неврозом можно привести личностные нарушения у пациента с истерической формой невроза (Мясищев). На базе первичной аффективной неустойчивости больного истерией в качестве вторичных личностных особенностей возникает неуверенность в себе и в то же время потребность в признании, а в качестве третичных — демонстративность и претенциозность. Таким образом, первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере; вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, проблемами внутренними, «для себя»; третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования, то есть в трудностях и проблемах «с другими и для других». Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования у больных неврозами — особенности поведения и межличностного функционирования — выполняют своего рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, свидетельствующие, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранении личностных расстройств, а с другой стороны, указывающие на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные особенности личности пациента, страдающего неврозом, — первичные, вторичные и третичные — играют существенную роль при выборе наиболее оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут приобретать биологические методы лечения (в том числе современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, как в индивидуальной, так и, особенно, в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые обнаруживаются в поведенческой сфере, более

конструктивно протекает при дополнении патогенетической психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответствующим образом учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и иные формы психотерапии (суггестию, аутосуггестию и др.).

Воздействие различных лечебно-восстановительных методов (в том числе имеющих психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, можно проследить не только при невротических расстройствах, но и на моделях эпилепсии как органического заболевания головного мозга и ишемической болезни сердца в качестве психосоматического заболевания.

Так, у больных эпилепсией (Игнатьева), как и у больных неврозами, можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные особенности. Первичные (замедленное протекание психических процессов, эмоциональная возбудимость, вязкость аффекта и др.) отражают особенности церебральной нейродинамики больных; вторичные (псевдонормативность, назойливость и др.) возникают в качестве компенсации на основе первичных путем сложного взаимодействия психопатологических и микросоциальных факторов; третичные особенности (чувство неполноценности, отгороженности и пр.) связаны с реакцией на заболевание и обусловлены неудовлетворением из-за болезни значимых для личности потребностей. Вторичные образования в структуре личности больного, страдающего эпилепсией, возникают путем патологического взаимодействия больного с его ближайшим окружением. Характерной особенностью этого взаимодействия является наличие порочного круга реакций окружающих на первичные симптомы, имеющиеся у больного, с изменением отношения к нему и ответных реакций больного, связанных с этими изменениями. Отношение к заболеванию участвует при эпилепсии как в формировании вторичных, так и, в особенности, третичных личностных образований. Опыт лечебно-восстановительной работы с больными эпилепсией показывает, что учет первичных, вторичных и третичных особенностей личности позволяет наиболее эффективно построить процесс терапии. Третичные изменения, непосредственно не связанные с биологическими предпосылками и имеющие психологическую природу, оказываются наиболее доступными психотерапевтическим и психокоррекционным воздействиям. В меньшей степени это относится и к вторичным личностным особенностям при эпилепсии, представляющим собой компенсаторные структуры, возникшие в процессе сложного взаимодействия биологических и психосоциальных факторов. И в данном случае постановка задач и выбор конкретных психотерапевтических приемов для их решения опираются на представление об особенностях личности больного и их динамической трансформации в процессе болезни.

Определенную аналогию можно провести, коснувшись особенностей личности больного ишемической болезнью сердца — одного из наиболее распространенных сегодня психосоматических заболеваний. В структуре личности этих больных также можно выделить первичные, вторичные и третичные личностные образования. В качестве первичных, связанных главным образов с нарушением нейродинамических процессов, можно указать тревогу и страх, особенно характерные для начала заболевания и сопровождающие стенокардические приступы. На основе указанных расстройств формируется определенное отношение к болезни. При ишемической болезни оно может быть двух типов: с недооценкой и переоценкой пациентом тяжести болезненного состояния. Под влиянием этих установок формируются третичные личностные образования: анозогностическая установка приводит к игнорированию болезни и нередко ее утяжелению; в то же время переоценка тяжести болезни, оберегающее отношение самого больного, мужа (жены) и других членов семьи с целью уменьшения риска повторного инфаркта приводит к формированию ипохондрических особенностей, вследствие чего больной ограничивает свои социальные контакты. Его сфера общения и круг интересов сужаются, то есть происходит нарушение социального функционирования. И в данном случае эффективным может быть психотерапевтическое воздействие не «вообще», а лишь с учетом типа личностных нарушений разноуровневого характера. Следовательно, психотерапия должна носить содержательный характер.

Изучение феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни, помимо теоретического, имеет и большое практическое значение, способствуя эффективному проведению психотерапии, подбору адекватного соотношения ее с биологическими воздействиями с учетом различного уровня нарушений в структуре личностных расстройств.

Другими примерами клинической направленности психотерапии является выбор психотерапевтических подходов, методов и содержания психотерапевтических воздействий при акцентуациях характера и психопатиях.

Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия больше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов неврозов, то разработанная Бурно терапия творческим самовыражением психопатичных и хронически-шизофреничных расстройств, в особенности с дефензивными проявлениями, соответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента.

Автор указывает следующие особенности работы в терапии творческим самовыражением, касающиеся пациентов различных групп: 1) применительно к психастеникам — научно-лечебная информация, чувственное оживление; 2) астеникам — забота, доброта, художественные, лирические эмоции; 3) дефензивным циклоидам (обычно склонным к вере в своего психотерапевта) — краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее воздействие авторитетом психотерапевта; 4) дефензивным шизоидам — помощь в творческом, общественно-полезном выражении своей аутистичности, видении подлинных ценностей в людях другого склада; 5) дефензивным эпилептоидам — помощь в поисках положительного в людях, не согласных в чем-то с ними, общественно-полезном претворении в жизнь своей честной авторитарности; 6) дефензивным истерическим психопатам — помочь научиться заслуживать внимание людей пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением; 7) ананкастам — помочь сделать навязчивые переживания содержанием творчества; 8) дефензивным малопрогредиентно-шизофреническим пациентам — на почве особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с психопатами) помочь пациенту творчески общественно-полезно выразить в жизни свою личностную полифонию, расщепленность-сюрреалистичность, имеющую свою особую гармонию (неустанно ее активируя).

В несколько ином, но также в клиническом плане рекомендует учитывать тип психопатии и акцентуации характера при выборе психотерапевтических вмешательств известный подростковый психиатр Личко.

При гипертимных психопатиях доверие обычно легко устанавливается, если пациент чувствует к себе доброжелательное отношение, искренний интерес к его проблемам, желание вместе с ним искать выход из трудной ситуации. Надо избегать чрезмерной директивности и, наоборот, следует опасаться утраты дистанции, фамильярности. Не нужно демонстрировать равенство отношений. Пациент скорее почувствует расположение к врачу, если увидит в нем независимую самостоятельную личность. В отношении же медико-педагогических мероприятий следует добавить, что адаптация лучше осуществляется в среде, где открывается возможность для применения инициативы, энергии, для широких контактов, — в большом коллективе, на разнообразной работе, при непрерывной смене обстановки и впечатлений. Слишком размеренный режим закрытых учреждений переносится плохо, толкает на конфликты и ведет к декомпенсации.

При лабильно-аффективной психопатии психотерапия бывает действенной, если подросток сразу чувствует искреннюю благосклонность к нему. Установившийся контакт эти подростки нередко стремятся сохранить возможно дольше. Направление психотерапевтических усилий постепенно можно менять от успокоения к руководству поведением.

При сенситивной психопатии следует учитывать, что за внешней замкнутостью обычно скрывается большая потребность поделиться переживаниями. Необходимы многократные продолжительные беседы с перебором фактов и ситуаций, опровергающих убежденность подростка в его неполноценности и неблагоприятном отношении к нему окружения. В трудовых рекомендациях необходимо побуждать не страшиться выбрать профессию, соответствующую возможностям. Ситуация, стимулирующая чувство ответственности и убежденности в том, что подросток «нужен другим», может способствовать компенсации.

При психастенической психопатии склонность к самоанализу и самокопанию может превратить внешне, казалось бы, успешную психотерапию в пустую словесную жвачку, никак не сказывающуюся на поведении. Необходимо побуждать, тренировать и развивать те сферы психической жизни, которые слабы, — живое восприятие, умение схватить мельком увиденное, нужно даже поощрять фантазирование. Рекомендованные занятия спортом часто забрасываются из-за неудач или превращаются в навязчивый ритуал. Необходимо вызвать у больного гедоническую радость ощущения своего тела в движении. В связи с тем, что нижние конечности у психастеника обычно развиты лучше, чем верхние, начинать надо с бега, лыж, велосипеда и т. п., а в дальнейшем стараться всячески разнообразить занятия. В области трудовых рекомендаций следует избегать всех ситуаций, создающих чрезмерную нагрузку на чувство ответственности.

Психотерапия очень важна при шизоидной психопатии, но добиться неформального контакта бывает нелегко. Прихотливая избирательность шизоида в выборе симпатий и антипатий, казалось

бы, обрекает на неудачу все заранее заготовленные схемы. Вначале приходится говорить самому психотерапевту, и лучшая тема для этого — трудность контактов вообще и судьба людей, которым они нелегко даются. Признаком преодоления психологического барьера служит момент, когда шизоидный подросток начинает говорить сам; чем дальше, тем раскрытие может быть все более полным. Нужно лишь учитывать истощаемость шизоида. При трудовых рекомендациях необходимо по возможности учитывать увлечения — желателен близкий к ним выбор профессии. Сами подростки нередко мечтают о профессии, сопряженной с изоляцией от шумного мира в малых группах, связанной с «уединением». От такого выбора следует предостерегать, так как он создает трудную ситуацию — контакт со всеми членами малых изолированных групп неминуемо должен стать неформальным.

Эпилептоидные подростки в моменты дисфорий и аффективного напряжения больше всего нуждаются в успокаивающих психотропных средствах.

Пациента лучше на время оставить в покое и контакт устанавливать, когда эти состояния минуют. В процессе психотерапии следует учитывать внимание эпилептоидного подростка к своему здоровью, собственному благополучию. Беседы должны быть обстоятельными и неторопливыми. Подростка нужно побуждать «выговариваться» — это снимает напряжение. Совместному обсуждению сперва лучше подвергнуть положительные качества: любовь к порядку, способности к ручному мастерству. Отрицательные свойства — взрывчатость, гневливость, несдержанность в состоянии аффекта — признаются самим подростком, если установлены доверие и контакт. В трудовых рекомендациях надо учитывать их медлительность, инертность и склонность к аккуратности.

Истероидная психопатия представляет собой наиболее трудный объект и для психотерапии, и для медико-педагогических рекомендаций. Гипноз при нарушениях поведения является совершенно недейственным методом. Успех корригирующих поведение усилий зависит от того, насколько удается отыскать сферу, где эгоцентрические потребности подростка могут быть удовлетворены без ущерба для окружающих (например, занятия художественной самодеятельностью). Выбор подходящей профессии затруднен из-за крайне завышенного уровня притязаний. Родным и близким надо объяснить, что нарушения поведения у подростка обычно носят демонстративный характер, поэтому следует избегать сцен, скандалов, бурных обсуждений с привлечением знакомых и всякого рода посредников, которые обычно становятся для истероидного подростка только желанными зрителями. Однако никогда проступки не должны оставаться незамеченными и безнаказанными — это может только подталкивать на более серьезные нарушения.

Подростки неустойчивого типа требуют твердого, даже властного руководства. Психотерапия должна быть преимущественно директивной. Строгий режим, неусыпный надзор, неизбежность наказаний за проступки действуют наиболее эффективно.

Специфические подростковые поведенческие реакции (эмансипация, группирование, увлечение, и др.) должны также учитываться при проведении психотерапевтической работы.

Только хорошее владение клиническим методом позволит врачу-психотерапевту составить адекватную лечебную (в том числе психотерапевтическую) программу при сложных сочетаниях невротического и органического компонентов в картине заболевания и выбрать наиболее адекватное соотношение психотерапии и биологической терапии в каждом отдельном случае, о чем свидетельствуют данные следующих исследований.

Были изучены варианты личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации больных с неврозоподобными вариантами органических заболеваний головного мозга по данным многолетнего катамнеза (до 20 лет). Во всех случаях диагноз органического заболевания головного мозга (энцефалит, арахноидит, диэнцефалит) был верифицирован тщательным неврологическим обследованием. Выделено три группы больных: 1) с активной позицией в преодолении болезни и устойчивой социально-трудовой адаптацией; 2) с зависимостью от врача и внешних обстоятельств и неустойчивой социально-трудовой адаптацией; 3) с уходом в болезнь и значительным снижением социально-трудовой адаптации. Работа представляет интерес в том отношении, что группы больных с различным терапевтическим исходом статистически не различались по степени выраженности неврологической симптоматики и органических церебральных изменений; достоверные же различия установлены по выраженности личностных нарушений в преморбиде, направленности личности, характеру сопутствующих невротических проявлений, динамике психотравмирующей ситуации. Показано, что тип личностного реагирования на болезнь и особенности социально-трудовой адаптации обследованных больных в катамнезе определяются выраженностью не столько органического, сколько психогенно-невротического компонента заболевания и адекватностью выбора и

проведения психотерапевтических мероприятий. Общий терапевтический эффект при использовании личностно-ориентированных (реконструктивных) форм психотерапии был выше, чем при применении симптоматических методов (суггестия, релаксация и др.).

Клинический характер психотерапии предполагает также учет особенностей такого важного аспекта патологии, как внутренняя картина болезни. Так, больные неврозами с «психоцентрированным типом» внутренней картины болезни мотивированы на лечение методами психотерапии, в то же время больные с «соматоцентрированным типом» — на фармакотерапию (Ташлыков). Знание и учет структуры внутренней картины болезни у больных с малопрогредиентной шизофренией также позволяет правильно обосновать выбор психотерапевтических мероприятий. При ипохондрическом и паническом отношениях, одной из многих психотерапевтических задач является «коррекция масштаба переживаний» болезни. При рационализирующем и отрицающем отношениях основная задача психотерапии — способствовать достижению осознания факта болезни и формированию адекватного к ней отношения.

Нельзя не отметить роль катамнеза в психотерапии. Катамнез используется для подтверждения установленного диагноза, изучения динамики заболевания, сравнения непосредственных и отдаленных результатов психотерапии на разных этапах лечебного процесса. Особое значение катамнестический метод приобретает при использовании личностно-ориентированных систем психотерапии, где степень клинического улучшения и его устойчивость во многом определяются дополнительными (помимо собственно клинического) психологическими критериями. Метод катамнеза позволяет более адекватно решать вопрос о целесообразности суппортивной (поддерживающей) психотерапии.

Клинический подход к проведению психотерапии, помимо учета нозологического характера болезни, ее патогенетических механизмов, закономерностей течения, последовательно представленный в других главах, включает в себя также постановку целей, задач, выбор методов психотерапии, адекватных различным организационным формам, в которых она осуществляется: учреждения амбулаторного, полустационарного, стационарного, санаторного и других типов.

Контрольные вопросы

1. Терапия творческим самовыражением Бурно особенно показана при:
   1) неврозах;
   2) органических заболеваниях головного мозга;
   3) психопатиях с дефензивными проявлениями;
   4) психосоматических заболеваниях.

Физиологические основы психотерапии.

Для понимания природы психосоматических расстройств, основной группы заболеваний, при которых психотерапия является важным методом лечения, и их динамики под влиянием психологических воздействий могут учитываться физиологические показатели и прежде всего — в рамках психофизиологии. Основной задачей последней является систематическая регистрация сочетания конкретных переживаний и поведения с физиологическими процессами (в норме и патологии).

С помощью контролируемых лабораторных экспериментов и полевых обследований можно определить, как человеческое переживание и поведение сказываются на физиологических реакциях и регуляторных процессах, и вывести из этого закономерности психосоматических соотношений. Психофизиология, и особенно клиническая психофизиология, не может обойтись здесь без методов и познаний смежных дисциплин (медицина, нейрофизиология, нейрохимия, экспериментальная психология).

Психофизиологические измеряемые величины, как правило, регистрируются неинвазивно на поверхности тела человека. Они возникают как результат деятельности различных функциональных систем организма (центральной нервной, нервно-мышечной, кардиоваскулярной, электродермальной, респираторной, гастроинтестинальной, эндокринной). Измеряя их физические свойства с помощью специальных датчиков, одновременно регистрирующих и усиливающих определяемые показатели, можно преобразовать эти величины в биосигналы. На основании их изменений делается вывод о лежащих в основе соматических процессах, их динамике, в том числе под влиянием психотерапии.

Основы формирования отечественного психофизиологического направления, в том числе в изучении невротических расстройств, заложены в трудах создателей концепции нервизма и прежде всего Сеченова, Павлова, Бехтерева, Введенского, Ухтомского.

Значительным вкладом в разработку этой методологии применительно к задачам изучения нервно-психических заболеваний явились работы Мясищева, Бехтерева, в которых был сделан важный шаг к переходу от изучения одних лишь аналитических рефлекторных, в частности нейросоматических, компонентов к учету роли таких сложных и синтетических образований, как личность и сознание, и соотношений между ними.

Задача объединения психологических и физиологических аспектов исследования (как в клинических наблюдениях, так и в эксперименте) нашла отражение в многочисленных работах сотрудников отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева независимо от того, какая методика использовалась — ЭКГ, ЭЭГ, ЭМГ, гальванометрия, электрогастрография, нейрохимические показатели и др.

Широкое распространение при исследованиях неврозов получил психофизиологический эксперимент, заключающийся в применении словесных раздражителей и моделировании ситуаций, различных по эмоциональной значимости для больного, в сочетании с регистрацией физиологических и биохимических показателей. В таком эксперименте физиологические и биохимические изменения определяются избирательным отношением человека к содержанию раздражителя и, следовательно, имеют не только физиологический, но и психологический смысл. Будучи зарегистрированными при различных невротических состояниях, они характеризуют и эти состояния, и то единство психического и физиологического, которое лежит в основе монистических материалистических представлений о природе психогенных расстройств.

Психофизиологический аспект в изучении психогенных расстройств человека представляется особенно адекватным потому, что психическая травматизация, являющаяся их причиной, всегда содержательна и отражает индивидуальное отношение человека к травмирующим обстоятельствам, сформированное в результате его личного и жизненного опыта. Вместе с тем психическая травма ведет к дезорганизации деятельности нервной системы и организма в целом, к возникновению многообразных функциональных нарушений. Вскрытие содержания психической травмы, изучение и учет личностных особенностей больного — задачи психологического исследования. Изучение нарушений нейродинамики и соматических сдвигов требует использования разнообразных физиологических и биохимических методик. Психофизиологический эксперимент обеспечивает и одну, и другую стороны исследования в их связи и единстве.

В одном из исследований у больных неврозами изучались электроэнцефалографические реакции на словесные раздражители. Если при обычных сенсорных раздражениях можно судить о реактивности различных анализаторных систем, то словесные воздействия позволили выявить избирательную выраженность реакции на смысловое значение раздражителя. Реакции на словесные раздражители сопровождались неоднозначными изменениями электрической активности, зависящими от типа исходной ЭЭГ и значимости словесного раздражителя. Словесные раздражители, затрагивающие «больные» пункты, были чрезмерно сильными для большинства больных. Они вызывали отчетливые, но неоднозначные изменения электрической активности, большей частью выражавшиеся в подавлении альфа-активности, усилении быстрых колебаний и появлении на этом фоне медленных волн и мышечных потенциалов. Состояние тревоги часто сопровождалось значительными нарушениями электрической активности и вегетативными проявлениями. После психотерапевтической беседы нередко отмечалась нормализация электроэнцефалографической картины.

На рис. 1 приведены электроэнцефалограммы больной истерическим неврозом до и после длительной психотерапевтической беседы, затрагивающей значимые переживания пациентки, послужившие источником невротической декомпенсации. В первой записи ЭЭГ при тревожном состоянии больной отмечено доминирование высокоамплитудных колебаний с множеством острых волн и наличием колебаний мышечного происхождения. Отмечаются также спонтанные колебания кожно-гальванического рефлекса (КГР) и аритмичность дыхания. Во второй записи после психотерапевтической беседы наблюдается изменение ЭЭГ, доминирующей формой активности во всех отведениях становится альфа-ритм; дыхание приобретает ритмичность, уменьшаются спонтанные колебания КГР.

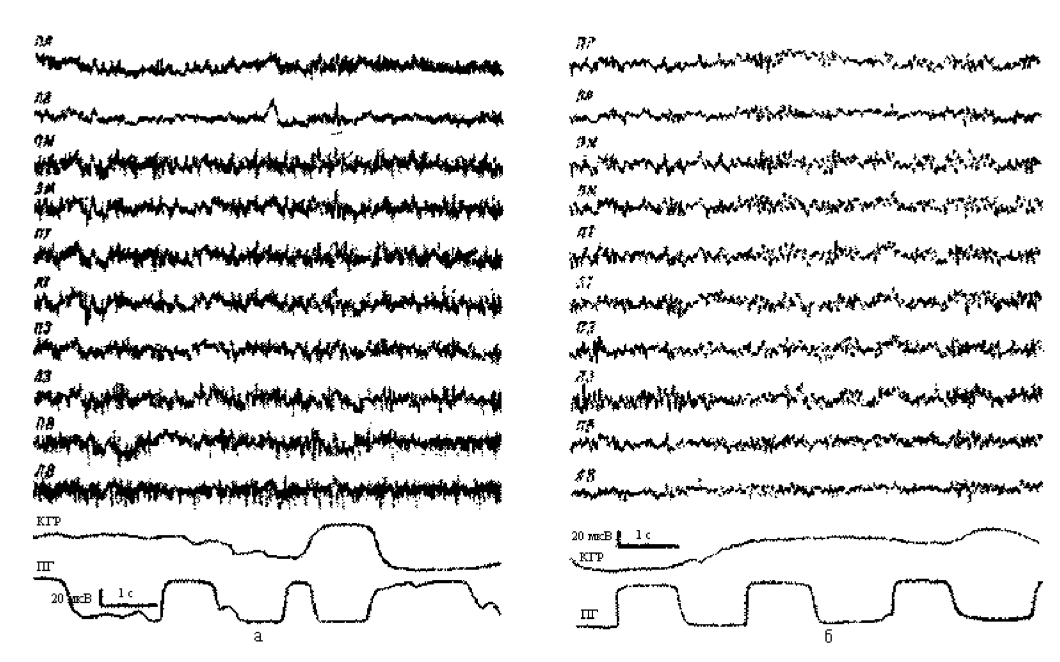


Рис. 1. ЭЭГ больной неврозом до (а) и после (б) психотерапии.

Экспериментальные психофизиологические исследования были использованы при изучении невротических нарушений внутренних органов — сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и других систем. В процессе исследования регистрируются одновременно несколько физиологических показателей, отражающих особенности реактивности коры головного мозга (ЭЭГ), преимущественно вегетативной нервной системы (кожно-гальванический рефлекс — КГР), а также тех или иных изучаемых систем (ЭКГ, пьезопульсограмма, запись дыхания, оксигемограмма, электрогастрограмма — запись моторики и кислотности желудочного сока и др.).

При изучении невротических нарушений сердечной деятельности Страумитом была сделана попытка объективизировать в процессе патогенетической психотерапии динамику взаимоотношений между переживаниями, связанными с конфликтной жизненной ситуацией, и обусловленными страхом за состояние сердца. Регистрировали ЭЭГ, ЭКТ и частоту дыхания. Учитывали реакции на специально подобранные словесные раздражители, адресованные к особенностям личности больных, клинической картине заболевания и патогенной жизненной ситуации. Повторные исследования позволили не только уточнить связи между определенными переживаниями и расстройствами сердечной деятельности, но и выявить некоторые закономерности их динамики в процессе психотерапии. При поступлении в клинику у больных особенно частыми и выраженными были реакции ЭЭГ и ЭКГ на представления, связанные с нарушением сердечной деятельности. При этом ЭКГ-реакции, отражающие избирательный характер психосоматического переключения при эмоциональном стрессе, были более выраженными, отмечались у большего числа больных и могли возникать вне заметных изменений на ЭЭГ. Под влиянием психотерапии, направленной на осознание больным конфликтной ситуации как причины невроза, отмечались определенные ЭКГ-изменения. Учащались и становились более выраженными ЭЭГ-реакции на представления, связанные с психотравмирующими обстоятельствами. ЭЭГ-реакции в ответ на представления, касающиеся состояния сердца и проявления кардиофобии, наоборот, урежались и становились менее заметными. Приведенная динамика показателей психофизиологического эксперимента отражала динамику состояния больных, выявляемую и клиническим методом.

При любой мозговой патологии, как известно, в первую очередь активируется адренергический субстрат ретикулярной формации, что выражается в состоянии тревожности и эмоционального напряжения, тета-активности на ЭЭГ и высоких КГР. Вместе с тем эмоциональное напряжение вызывает не только изменение функционального состояния мозга, но и нарушение нейроэндокринного звена. Реакции эмоционального стресса сопровождаются нарушениями в функционировании симпатико-адреналовой и гипофизарно-адреналовой систем. Приведем некоторые данные, касающиеся динамики адреналина, норадреналина, ДОФА и дофамина в процессе групповой психотерапии больных.

По мнению ряда авторов, мерой степени выраженности функционального напряжения можно считать величину вегетативных и биоэлектрических сдвигов, в связи с чем мы попытались сопоставить полученные данные и проследить за динамикой электрофизиологических,

биохимических и клинических показателей, отражающих эмоциональную реактивность в процессе групповой психотерапии.

На рис. 2 в схематическом виде представлена направленность клинических сдвигов, психологических, электрофизиологических и биохимических показателей у больных неврозами перед началом, в середине курса и после окончания групповой психотерапии. Ближе к выписке больных из отделения после успешно проведенного лечения отмечается статистически достоверное уменьшение степени выраженности тета-ритма на ЭЭГ, физиологических реакций на эмоционально значимые словесные раздражители, КГР, а также снижение показателей клинической шкалы. Это свидетельствует об ослаблении эмоциональной напряженности и уменьшении таких симптомов, как раздражительность, тревожность и снижение активного внимания (последнее подтверждается нормализацией формы и увеличением степени выраженности Е-волны Уолтера). Наряду с улучшением клинического состояния больных, ЭЭГ и вегетативных функций, отмечены определенные положительные сдвиги в обмене катехоламинов, хотя экскреция адреналина остается несколько повышенной по сравнению с нормой. К периоду окончания групповой психотерапии (III этап) в отличие от II этапа исследования определяются преимущественно однонаправленные сдвиги клинических, психологических, нейрофизиологических и биохимических показателей.

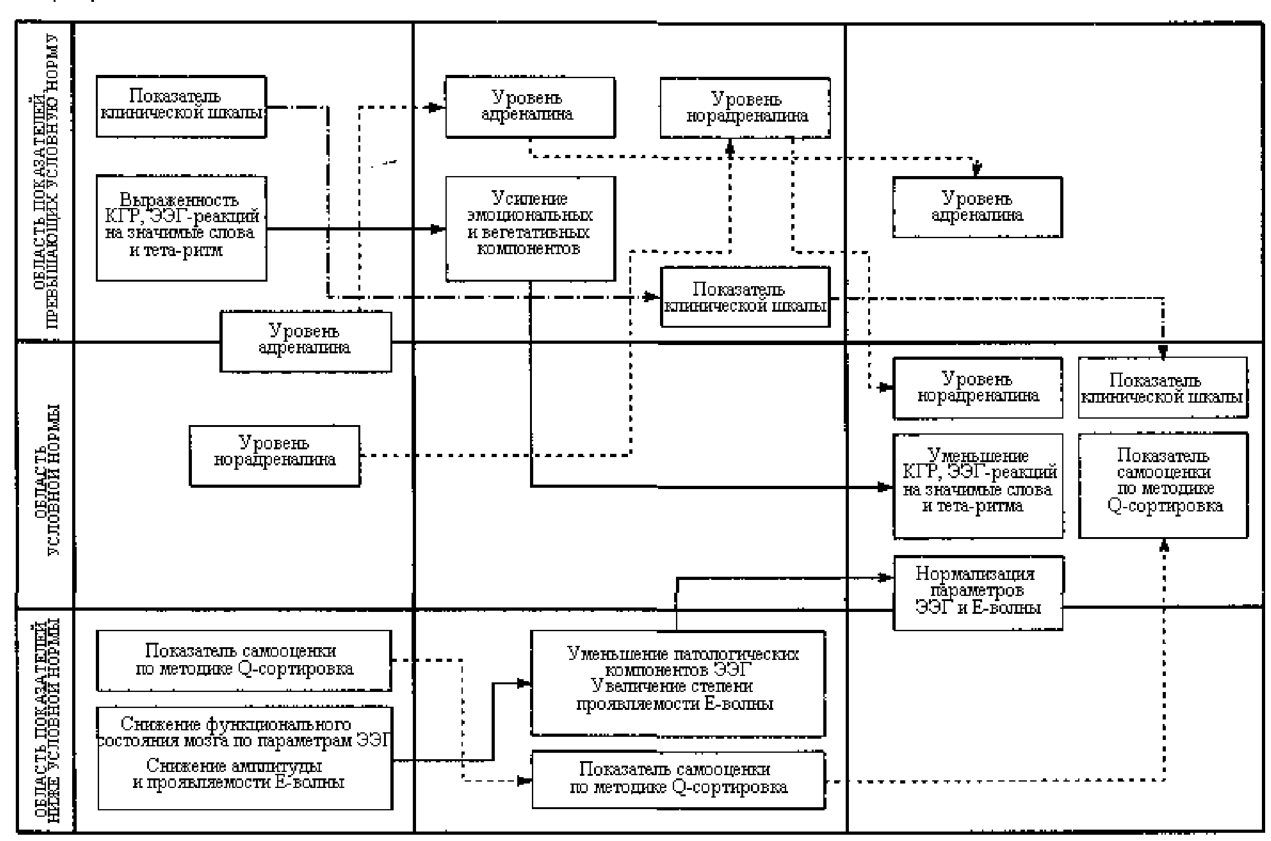


Рис 2. Направленность клинических сдвигов, психологических, электрофизиологических и биохимических показателей у больных неврозами в процессе психотерапии.

В приведенных психофизиологических исследованиях значительный интерес представляет вопрос о внутренне обусловленной закономерной смене значимости психологических стрессоров при неизменной конфликтной ситуации, ведущей к неврозу. Один из аспектов этой сложной и актуальной проблемы находит частичное отражение в уже упомянутых исследованиях, которые показали, что конфликтная патогенная ситуация, имеющая основное значение в возникновении невроза, на определенных этапах его развития может «заслоняться» новыми психологическими стрессорами. В качестве таковых чаще всего выступают сами болезненные нарушения, то есть ведущие симптомы невроза. Страумит проанализировал динамику состояния отдельного больного с закономерной сменой психологических стрессоров в процессе психотерапии неврозов: от стресса, вызванного психотравмирующей ситуацией, к стрессу, сохраняющемуся благодаря переживанию болезни, и вновь к стрессу, хотя и определяющемуся прежней психогенией, но с перспективой его устранения в условиях активной психотерапии, направленной, с одной стороны,

на разрешение конфликтной ситуации, а с другой — на попытку изменить отношение больного к этой ситуации.

Во многих работах (Платонов, Буль, Мягер, Панов и др.) описаны изменения на физиологическом, патофизиологическом, нейрохимическом уровнях, вызываемые воздействием гипноза, аутогенной тренировки и других методов психотерапии (рис. 3).

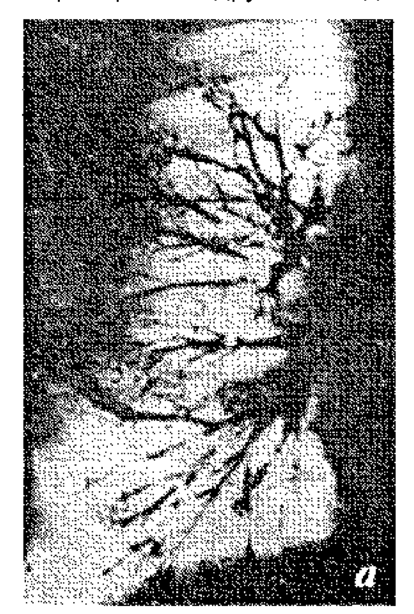


Рис. 3. Бронхограмма больной.

а — бронхограмма больной, произведенная до внушения астматического приступа; контрастное вещество заполняет все бронхиальное дерево; б — бронхограмма той же пациентки, у которой развился внушенный астматический приступ; определяется значительное сужение просвета бронхов и исчезновение контрастного вещества на периферии бронхиального дерева (по Булю).

В заключение необходимо подчеркнуть, что анализ результатов исследований подтверждает высказанное ранее положение (Карвасарский, Мурзенко) о том, что при изучении механизмов лечебного действия и методов оценки эффективности психотерапии необходимо учитывать взаимодействие многочисленных и многомерных переменных как психологического, так и биологического характера, поскольку изменения, происходящие с больным и являющиеся конечной целью психотерапевтического воздействия, относятся к различным уровням интеграции и функционирования организма и личности.

Большое значение в выявлении изменений на различных уровнях организма под влиянием психотерапевтических воздействий приобретают эксперименты с биологической обратной связью.

Контрольные вопросы

1. Психофизиологический эксперимент особенно адекватен для изучения следующих патогенетических механизмов:

1) социальных;

2) психологических;

3) психосоматических;

4) физиологических.

Психологические основы психотерапии.

Развитие современной научной психотерапии осуществляется на основе различных теоретических подходов, анализе и обобщении результатов эмпирических исследований клинических, психофизиологических, психологических, социально-психологических и других аспектов изучения механизмов и эффективности психотерапевтических вмешательств. Нисколько не умаляя значение клинических основ психотерапии, все же следует подчеркнуть, что и объект воздействия (психика), и средства воздействия (клинико-психологические вмешательства) представляют собой психологические феномены, то есть психотерапия использует психологические средства воздействия и направлена на достижение определенных психологических изменений. Кроме того, в системе подготовке врачей до настоящего времени

психологическим проблемам уделялось явно недостаточное внимание. Поэтому для врачей формирование адекватных представлений о психологические основах психотерапии имеет особое значение.

Любая область медицинских вмешательств основывается на определенных знаниях о норме и патологии (например, нормальная анатомия и патоанатомия, нормальная физиология и патофизиология). Научно обоснованная психотерапевтическая система также имеет в своей основе два предшествующих звена, раскрывающих содержание понятий «норма» и «патология». Концепция нормы — это представления о здоровой личности, психологическая концепция, которая определяет основные детерминанты развития и функционирования человеческой личности. Концепция патологии — это концепция личностных нарушений (концепция происхождения невротических расстройств), рассматривающая их в рамках соответствующих представлений о норме. Говоря о психотерапии, мы чаще всего обращаемся именно к психотерапии невротических расстройств, потому что наиболее существенным показанием к психотерапии является психогенный характер нарушений (заболевания). Поэтому именно при неврозах психотерапевтические воздействия осуществляются наиболее полно и глубоко, то есть психотерапевтическая модель невротических расстройств представляет собой наиболее развернутую модель.

Таким образом, в качестве теоретической основы психотерапии выступает научная психология, психологические теории и концепции. Именно теоретические представления, раскрывающие психологическое содержание понятий «норма» и «патология», определяют цели и задачи, характер и специфику психотерапевтических воздействий. Ранее уже отмечалось, что при всем разнообразии психотерапевтических подходов существует три основных направления в психотерапии, соответственно трем основным направлениям психологии, и каждое из них характеризуется своим собственным подходом к пониманию личности и личностных нарушений и логически связанной с этим собственной системой психотерапевтических воздействий. Так, в рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения человека рассматриваются бессознательные психические процессы, а нарушения личностного функционирования (и невроз) понимаются как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. Тогда понятно, что основной целью психотерапии является достижение осознания этого конфликта и собственного бессознательного. Представители поведенческого направления фокусируют свое внимание на поведении. Здоровая личность характеризуется адаптивным поведением (норма — это адаптивное поведение), а невроз или личностные нарушения — результат неадаптивного поведения, сформировавшегося в результате неправильного научения. Из этого следует, что целью психологического вмешательства является научение или переучивание, замена неадаптивных форм поведения на адаптивные (эталонные, нормативные, правильные). Гуманистическое или «опытное» направление в качестве основной человеческой потребности рассматривает потребность в самореализации и самоактуализации. Невроз же является следствием невозможности самоактуализации, следствием блокирования этой потребности, что связано с недостаточным самопониманием и принятием себя, недостаточной целостностью Я. В этом случае целью психологического вмешательства будет создание условий, в которых человек сможет пережить новый эмоциональный опыт, способствующий принятию себя и личностной интеграции, что и обеспечивает самоактуализацию.

Ниже будут рассмотрены основные направления психотерапии с точки зрения психологических теорий, лежащих в их основе.

Динамическое (психодинамическое) направление в психотерапии. Динамическое направление в психотерапии основано на глубинной психологии — психоанализе. В настоящее время в рамках динамического направления существует много различных школ, однако общим, объединяющим взгляды представителей этого подхода, являются представления о бессознательных психических процессах и психотерапевтических методах, используемых для их анализа и осознания.

Психологическая концепция. Основоположником психоанализа является Фрейд. Психологическая концепция, концепция личности в психоанализе представляет собой реализацию психодинамического подхода. Термин «психодинамический» предполагает рассмотрение психической жизни человека, психики с точки зрения динамики, с точки зрения взаимодействия, борьбы и конфликтов ее составляющих (различных психических феноменов, различных аспектов личности) и их влияния на психическую жизнь и поведение человека.

Бессознательные психические процессы. Центральными в психоанализе являются представления о бессознательных психических процессах, которые рассматриваются как основные детерминанты личностного развития, как основные факторы, движущие силы,

определяющие и регулирующие поведение и функционирование человеческой личности. В целом, психическая жизнь человека рассматривается как выражение бессознательных психических процессов. Содержание бессознательного составляют инстинктивные побуждения, первичные, врожденные, биологические влечения и потребности, которые угрожают сознанию и вытесняются в область бессознательного.

Инстинкты и мотивация. Инстинкты, с точки зрения Фрейда, это не врожденные рефлексы, а побудительные, мотивационные силы личности, это — психическое выражение импульсов и стимулов, идущих от организма (и, в этом смысле, биологических), психическое выражение состояния организма или потребности, вызвавшей это состояние. Целью инстинкта является ослабление или устранение возбуждения, устранение стимулов, связанных с потребностью организма, иными словами, удовлетворение потребности за счет определенного соответствующего поведения (например, голод или жажда побуждают человека искать питье или еду, есть и пить). Именно эта внутренняя стимуляция, внутреннее возбуждение, связанное с состоянием и потребностями организма, с точки зрения Фрейда, является источником психической энергии, которая обеспечивает психическую активность человека (в частности, поведенческую активность). Поэтому инстинктивные побуждения рассматриваются как мотивационные силы, следовательно, мотивация человека направлена на удовлетворение потребностей организма, на редукцию напряжения и возбуждения, вызванного этими потребностями. Инстинкты же представляют собой психические образы этого возбуждения, представленные как желания. Фрейд выделял две группы инстинктов: инстинкты жизни (Эрос), направленные на самосохранение, на поддержание жизненно важных процессов (голод, жажда, секс) и инстинкты смерти (Танатос), разрушительные силы, направленные либо вовнутрь, на самого себя, либо вовне (агрессия, садизм, мазохизм, ненависть, суициды). Энергия инстинктов жизни получила название либидо, энергия инстинктов смерти специального названия не имеет. Фрейд считал, что из всех инстинктов жизни наиболее значимыми для развития личности являются сексуальные инстинкты. В связи с этим довольно часто термином «либидо» обозначают именно энергию сексуальных инстинктов. Однако нужно иметь в виду, что энергия либидо обозначает энергию всех жизненных инстинктов.

Концепция личности. Рассматривая проблему организации психики, проблему личности, Фрейд создал две модели: топографическую (уровни сознания) и структурную (личностные структуры). Согласно топографической (более ранней) модели, в психической жизни человека можно выделить три уровня: сознание (то, что осознается человеком в данный момент), предсознательное (то, что не осознается в данный момент, но достаточно легко может быть осознано) и бессознательное (то, что не осознается в данный момент, и практически не может быть осознано человеком самостоятельно; оно включает инстинктивные импульсы, переживания, воспоминания, вытесненные в бессознательное как угрожающие сознанию). Более поздняя модель личностной организации — структурная. Согласно этой модели личность включает три структуры, три инстанции: Ид (Оно), Эго (Я) и Супер-Эго (Сверх-Я). Ид является источником психической энергии, действует в бессознательном и включает базальные инстинкты, первичные потребности и импульсы. Ид действует согласно принципу удовольствия, стремится к немедленной разрядке напряжения, которое вызывается первичными (биологическими, идущими от организма) побуждениями, не учитывая никаких социальных норм, правил, требований, запретов. Эго (разум) направляет и контролирует инстинкты. Эго функционирует на всех трех уровнях сознания, является связующим звеном, посредником между Ид и внешним миром, осуществляет анализ внутренних состояний и внешних событий и стремится удовлетворить потребности Ид, достигнуть разрядки напряжения (вызванного первичными потребностями) с учетом требований внешнего мира, с учетом норм и правил (например, отсрочить удовлетворение потребностей до подходящего момента). Эго действует согласно принципу реальности, стремится обеспечить удовлетворение инстинктивных потребностей, познавая и анализируя внутренний и внешний мир и выбирая наиболее разумные и безопасные способы и пути для удовлетворения потребностей. Супер-Эго — это моральный аспект личности, совесть и идеальное Я. Супер-Эго также функционирует на всех трех уровнях сознания. Оно формируется в процессе воспитания и социализации индивида за счет интернализации (усвоения) социальных норм, ценностей, стереотипов поведения. Супер-Эго действует согласно морально-этическому принципу, осуществляя контроль над поведением человека (самоконтроль) и препятствует проявлению внутренних импульсов, которые не соответствуют социальным нормам и стандартам. Таким образом, Ид стремится к немедленной разрядке напряжения и не соотносится с реальностью. Супер-Эго препятствует реализации этих желаний и стремится подавить их. Эго, напротив, способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами,

требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога.

Тревога. Тревога, с точки зрения Фрейда, является функцией Эго и предупреждает Эго о надвигающейся опасности, угрозе, помогая личности реагировать в подобных ситуациях (ситуациях опасности, угрозы) безопасным, адаптивным способом. Фрейд выделял три типа тревоги: объективную, или реалистическую (связанную с воздействиями внешнего мира), невротическую (связанную с воздействиями Ид) и моральную (связанную с воздействиями Супер-Эго). Объективная тревога возникает в ответ на реальные опасности окружающего реального мира. Невротическая тревога по сути является страхом перед наказанием за неконтролируемое проявление потребностей Ид, она возникает в результате воздействия импульсов Ид и опасности, что они будут осознаны, но не могут контролироваться. Моральная тревога основана на опасениях перед наказанием со стороны Супер-Эго, которое предписывает поведение, соответствующее социальным стандартам. Моральная тревога — это страх перед наказанием за следование инстинктивным побуждениям, чувство вины или стыда, возникающие у человека, когда он совершает или хотел бы совершить поступки, противоречащие моральным нормам и правилам (требованиям Супер-Эго).

Защитные механизмы. Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся определенным уровнем напряжения. Тревога вызывает и активизирует защитные механизмы (механизмы защиты), которые связаны с увеличением инстинктивного напряжения, угрозой Супер-Эго или реальной опасностью. Защитные механизмы — это определенные приемы, используемые Эго и направленные на снижение напряжения и тревоги. Фрейд писал, что «защитные механизмы — это общее название для всех специальных приемов, используемых Эго в конфликтах, которые могут привести к неврозу». Функция защитных механизмов заключается в том, чтобы не допустить осознания инстинктивных импульсов, иными словами, предохранить Эго от тревоги. Они являются неосознаваемыми и пассивными, в значительной степени искажают реальность и направлены вовнутрь — на снижение тревоги (в отличие от копинг-механизмов, которые представляют собой механизмы активного совладания с ситуацией, достаточно адекватно отражают реальность и направлены на ее активное преобразование).

В литературе выделяют различные виды защитных механизмов. Рассмотрим некоторые из них. Вытеснение рассматривается как основа всех защитных механизмов, оно обеспечивает прямой путь избегания тревоги и как составная часть входит в состав любого другого защитного механизма. Вытеснение представляет собой процесс, посредством которого неприемлемые импульсы становятся бессознательными, попытку избежать за счет неосознания неприятных мыслей и желаний тех чувств и того опыта, которые приносят боль и страдания. Проекция — это процесс, посредством которого специфические импульсы, желания, стороны себя или внутренние объекты представляются человеку локализованными в некотором внешнем по отношению к себе объекте. Проекция внутренних объектов состоит в том, что человек приписывает свои собственные неприемлемые чувства, мысли, поведение другим людям. Отрицание предшествует проекции и представляет собой защиту от реальности, которая приносит боль, это — защитный механизм, посредством которого либо отрицается (не признается) какое-либо событие или опыт, причиняющий страдания, либо какая-то сторона самого себя. Замещение предполагает переадресование инстинктивного импульса на менее угрожающий объект, замену объекта разрядки, истинного источника негативных чувств другим, более безопасным. Рационализация — это процесс, посредством которого действительному поведению дается обоснование, которое не только его оправдывает, но и маскирует его истинную мотивацию, поведение представляется и объясняется таким образом, что выглядит вполне разумным и оправданным. Предлагаемая аргументация при этом не является логически обоснованной и часто не выдерживает никакой критики. Идентификация — это процесс, посредством которого тревога снимается за счет отождествления (идентификации) себя со значимым, важным лицом, который представляется человеку менее уязвимым в тревожных ситуациях, она может выражаться в подражании стилю поведения, манерам, одежде другого человека («Если бы я был таким как он, то чувствовал бы себя много лучше»). Идентификация с агрессором представляет собой вид идентификации, которая состоит в том, что человек уподобляется человеку с агрессивным поведением, имитирует поведение тех, кто вызывает в нем страх. Интроекция или интроективная идентификация («проецирование внутрь») также является разновидностью идентификации и предоставляет собой процесс отождествления с внутренним объектом (интроектом), процесс, посредством которого человек как бы вбирает в себя качества другого человека, представляет качества другого своими собственными. В этом смысле Супер-Эго рассматривается как результат интроекции. Изоляция — это механизм защиты, посредством которого человек обосабливает какое-либо событие, приносящее ему боль, препятствует ему стать частью своего значимого опыта. Эмоциональная

изоляция представляет собой попытку изолироваться от психологической боли, человек становится «бесчувственным» (как робот). Реактивная формация или реактивное образование — процесс, посредством которого человек справляется с неприемлемыми импульсами путем формирования противодействия, превращая этот импульс в нечто противоположное, преувеличивая (гипертрофируя) противоположное стремление и выражая его в своих мыслях и поведении. Регрессия — процесс, посредством которого в случае угрозы человек пытается вернуться к ранним периодам жизни, когда он чувствовал себя более безопасно, к прежним «детским» стереотипам поведения. Фантазирование состоит в том, что человек в угрожающих ситуациях пытается избавиться от тревоги, уходя в фантазии вместо того, чтобы реально действовать. Сублимация занимает особое место среди защитных механизмов. Фрейд рассматривал сублимацию как единственный, «не невротический» механизм, единственный «здоровый» путь трансформации инстинктивных импульсов. Так, в частности, он писал, что конфликт является невротическим только в том случае, если он разрешается путем применения защитных механизмов, отличных от сублимации. Он также полагал, что именно сублимация обеспечивает развитие человеческой культуры как таковой. Сублимация способствует разрядке энергии инстинктов в социально приемлемых (неинстинктивных) формах поведения и представляет собой замену потребностей, которые не могут быть удовлетворены непосредственно, на социально приемлемые цели, замену инстинктивных способов поведения на способы поведения, принятые в культуре, за счет изменения цели и объектов. Для примера сопоставим сублимацию с замещением. Человек испытывает сильное раздражение по отношению к своему начальнику, но он не может себе позволить разрядить свои агрессивные импульсы непосредственно. Если для разрядки этой энергии просто находится другой, менее опасный объект (например, человек приходит домой и кричит на своих домашних или бьет собаку), то здесь речь идет о замещении. Если же он находит социально приемлемый способ разрядки (например, идет в спортивный зал и занимается боксом), то в данном случае мы имеем дело с сублимацией.

Таким образом, Эго способствует осуществлению желаний Ид, но стремится соотнести их с реальностью, с требованиями и ограничениями социальной среды, становясь, тем самым, ареной борьбы между Ид и Супер-Эго, между первичными потребностями и моральными нормами, правилами, требованиями, запретами. Если давление на Эго является чрезвычайно сильным, то возникает тревога. Тревога — это сигнал об опасности, сопровождающийся ростом напряжения. Она вызывает и активизирует защитные механизмы, основная цель которых состоит в снижении этого напряжения. Однако далеко не всегда их действие оказывается эффективным. Если тревога не снижается значительно или снижается лишь на непродолжительное время (поскольку защитные механизмы не направлены на активное преобразование и переработку конфликтов, проблем и ситуаций, а лишь на вытеснение их в бессознательное, «удаление» из сознания), то следствием этого может быть развитие невротического состояния.

Концепция патологии (концепция невроза). В классическом психоанализе выделяют несколько типов неврозов. Психоневроз обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Фрейд выделял три типа психоневроза: истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид. Именно психоневрозы, с точки зрения Фрейда, обусловлены невротическим конфликтом, то есть бессознательным конфликтом между побуждением Ид, которое стремится к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна его сторона бессознательна и если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Симптом при этом рассматривается как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал, как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым (что сознательно ощущается весьма болезненно) даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптом психоневроза. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома. Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуального поведения пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд различал две формы актуального невроза: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия разрядки полового возбуждения. Нарциссический невроз связан с неспособностью пациента к образованию переноса. Невроз характера выражается в симптомах, которые по своей сути являются чертами характера. Травматический невроз вызывается потрясениями. Невроз переноса развивается в ходе

психоанализа и характеризуется навязчивым интересом пациента к психоаналитику. Невроз органа обозначает психосоматическое заболевание, однако этот термин употребляется достаточно редко. Детский невроз проявляется в детском возрасте, при этом классический психоанализ исходит из того, что неврозам у взрослых всегда предшествуют детские неврозы. Невроз страха (тревоги) обозначает или любой невроз, в котором тревога является главным симптомом, или один из видов актуального невроза.

Рассмотрим общую концепцию психологического происхождения неврозов в рамках психоанализа. Центральным его содержанием являются представления о невротическом конфликте. Фрейд рассматривал невротический конфликт как «переживания, возникающие в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, действующих одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». С точки зрения Фрейда, сущность невроза — это конфликт между бессознательным и сознанием: «С самого начала мы замечаем, что человек заболевает из-за конфликта, возникающего между требованиями инстинкта и внутреннего сопротивления, которое возникает внутри против этого инстинкта». Сознательный компонент — это нормы, правила, запреты, требования, существующие в обществе и являющиеся элементами Супер-Эго. Бессознательный — первичные, инстинктивные потребности и влечения, составляющие содержание Ид. Вытесненные в бессознательное, они не теряют своего энергетического потенциала, а, напротив, сохраняют и даже усиливают его, и далее проявляются либо в социально приемлемых формах поведения (за счет сублимации), а если это невозможно или недостаточно, то в виде невротических симптомов. Таким образом, невроз — это следствие конфликта между сознательным и бессознательным, которое образуют вытесненные под влиянием моральных норм, правил, запретов, требований первичные, биологические потребности и влечения, прежде всего, сексуальные и агрессивные.

Однако следует отметить, что различные представители психоанализа по-разному понимают содержание бессознательного и, следовательно, содержательную сторону невротического конфликта. Для Фрейда — это сексуальные и агрессивные импульсы и их конфликт с сознанием. Адлер рассматривал сущность невроза в конфликте между чувством неполноценности и стремлением к самоутверждению, жаждой власти. Он видел в невротическом состоянии переживание слабости и беспомощности, которое описывал как «комплекс неполноценности». Для преодоления чувства неполноценности и удовлетворения потребности в самоутверждении человек прибегает к механизмам компенсации и гиперкомпенсации. Невротический симптом при этом рассматривается как выражение борьбы, направленной на преодоление чувства недостаточности. Невротический симптом есть результат неудачной компенсации, фиктивный способ повышения собственного достоинства. Развитие невротических симптомов рассматривается как «бегство в болезнь», «желание власти», «мужской протест». Первый и третий путь направлены на привлечение внимания к себе (с помощью симптома человек может получить его даже в большей степени, чем здоровый). Второй путь, «желание власти», входит в конфликт с ощущением близости с другими людьми. Адлер определяет невроз как экзистенциальный кризис, поражающий всю личность. Основной феномен психических расстройств он видел не в сопротивлении побуждениям, а в невротическом характере, неадекватном аттитюде жизни.

Юнг рассматривал содержание бессознательного более широко, считая, что оно включает не только подавленные сексуальные и агрессивные побуждения, но и некий интрапсихический материал, имеющий более глубокие, исторические корни, и представляющий собой врожденный опыт прошлых поколений. С точки зрения Юнга, психика человека включает три уровня: сознание, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Коллективное бессознательное есть общее для всех людей, независимо существующее от человека психическое содержание, «разум наших древних предков», которое представляет собой более глубокий и менее доступный осознанию уровень психической деятельности. Коллективное бессознательное представлено в виде архетипов. Архетипы — психические структуры, первичные психические образы, составляющие содержание коллективного бессознательного. Архетипы рассматриваются как первообразы, доминанты, априорные формы организации нашего опыта. Архетипы определяют характер человеческой символики, сновидений, сказок, мифов. Они могут выражать религиозные чувства и имеют значение коллективных символов. Юнг рассматривал архетипы как предрасполагающие факторы, как внутренние детерминанты психической жизни человека, которые направляют его поведение и дают возможность человеку реализовать определенные общие для большинства людей модели поведения даже в тех ситуациях, с которыми он сам ранее не сталкивался, которых нет в его личном опыте. Личное бессознательное, напротив, связано с прошлым опытом человека и состоит из импульсов, воспоминаний, желаний, переживаний (связанных с личным опытом человека), которые вытеснены или забыты, но достаточно легко могут быть осознаны. Личное бессознательное содержит комплексы (или организовано в виде

комплексов), которые представляют собой совокупность эмоционально заряженных мыслей, тенденций, представлений, воспоминаний, желаний, чувств и пр., связанных с личным опытом индивида. Вытесненные в бессознательное (в частности, под влиянием нравственного чувства, которое Юнг также считал врожденным), эти комплексы оказывают существенное воздействие на психическую деятельность человека, на его поведение. Комплексы, обладающие высокой степенью аффективной заряженности и вступающие в противоречие с сознательным Я, и являются источником невротических нарушений.

Хорни рассматривала в качестве детерминант человеческого поведения и развития две основные потребности: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Центральное место в теории Хорни занимает понятие базальной (коренной, основной) тревоги, которое она описывает как «чувства ребенка, одинокого и беззащитного в потенциально враждебном ему мире». Базальная тревога — это глубокое чувство одиночества и беспомощности, ощущение отсутствия безопасности. В ответ на фрустрацию этой потребности ребенок вырабатывает определенные поведенческие стратегии, которые могут фиксироваться в качестве защитных механизмов в отношении тревоги. Такие фиксированные стратегии Хорни рассматривает как невротические потребности. Первоначально Хорни выделила 10 основных невротических потребностей, в дальнейшем описала три личностных типа на основании выраженности и преобладания тех или иных невротических потребностей и соответствующих им стратегий поведения: уступчивая личность (потребности быть рядом с другими, в признании и любви доминантного партнера — ориентация на людей), отрешенная личность (потребности в одиночестве, бегстве от людей, независимости и совершенстве — ориентация от людей) и агрессивная личность (потребности в противодействии, власти, престиже, восхищении, успехе, потребность подчинить себе других — ориентация против людей). Для невротической личности характерно доминирование какой-либо одной потребности или одной группы потребностей и соответствующих им стратегий поведения. Такая негибкость, невозможность направить поведение на удовлетворение других потребностей и изменить поведение в соответствии с новыми обстоятельствами не приносит успеха, а только усиливает фрустрацию и усугубляет невротические проблемы. Следует отметить еще один важный аспект в понимании природы невротических нарушений. Как уже указывалось выше, Хорни выделяла две основные потребности человека: потребность в безопасности и потребность в удовлетворении. Потребность в удовлетворении включает не только удовлетворение физических (биологических) потребностей, но также потребности в самооценке и самоуважении, оценке, принятии и признании другими, в достижениях. Наличие этих двух потребностей (в безопасности и удовлетворении) являются источником постоянных противоречий и конфликтов. Для удовлетворения потребности в безопасности человек пользуется фиксированными стратегиями поведения, то есть формирует поведение, ограничивающее сферу его функционирования (ограничительное поведение) относительно безопасными областями, что снижает базальную тревогу, но препятствует реальным достижениям, то есть фрустрируется потребность в удовлетворении. Стремясь к достижениям, человек вынужден осваивать новые сферы, отказываться от фиксированных стратегий и ограничительного поведения, что приводит к фрустрации потребности в безопасности. Таким образом, наличие этих двух потребностей несет в себе противоречие, которое может привести к неврозу. И в этом смысле различие между здоровьем и неврозом является лишь количественным.

Фромм также не видит качественных различий между здоровьем и неврозом. С точки зрения Фромма человек характеризуется наличием двух тенденций или двух потребностей: потребностью в свободе, автономии, собственной идентичности, самовыражении и потребностью в безопасности. Фромм считал, что люди в принципе могут быть свободными и автономными и при этом не терять чувства общности с другими людьми и ощущение безопасности. Такую свободу он назвал позитивной свободой, однако в современном обществе для многих она недостижима. Поэтому эти две потребности находятся в постоянном конфликте, так как борьба за личную свободу и автономию приводит к отчуждению от других, к чувству одиночества, отстраненности и фрустрации потребности в безопасности и общности с другими людьми. Человек «убегает» от свободы, чтобы избавиться от чувства одиночества. Причину невроза Фромм видел в бессознательной, компульсивной деятельности — «бегстве от свободы», которая является способом избавления от чувства одиночества, безнадежности и личной ответственности. Фромм описал три основных механизма или три стратегии бегства от свободы: авторитаризм (садизм и мазохизм), деструктивизм и конформизм. Конфликт между потребностью в свободе и потребностью в безопасности, так же как и механизмы бегства от свободы, представлены и у больных неврозами, и у здоровых, но с разной степенью интенсивности.

Можно приводить и другие примеры взглядов представителей этого направления на природу невротических нарушений. Однако в целом, для всех представителей психоанализа характерен

взгляд на невроз как конфликт между сознательными и бессознательными потребностями и тенденциями. При этом содержательно эти потребности и тенденции могут пониматься по-разному.

Психотерапия. Исходя из представлений об организации и механизмах функционирования психики и возникновения неврозов, Фрейд разработал соответствующий этому лечебный метод. Ключевыми понятиями психоанализа как психотерапевтической системы являются свободные ассоциации, интерпретация, перенос и сопротивление. По этому поводу Фрейд писал: «Предположение о бессознательных психических процессах, признание теории подавления и сопротивления, детской сексуальности и эдипова комплекса образуют главные элементы психоанализа и базисные предпосылки этой теории. Никто не может считать себя психоаналитиком, если он не признает их». Конечно, психоанализ как терапевтическая система за последующие годы претерпел существенное развитие и изменения. Подробно и сама эта психотерапевтическая система и ее модификации будут рассмотрены в соответствующем разделе. Здесь же нам хотелось бы остановиться только на общих подходах, непосредственно вытекающих из определенной психологической концепции.

Основные положения психоаналитического наследия, имеющие значение для понимания теории и практики психоаналитического лечения, формулируются следующим образом:

1) интерес к многообразию инстинктивных импульсов человека, их выражению, трансформации, подавлению;

2) уверенность в том, что подобное подавление главным образом сексуальное, то есть подавляются сексуальные импульсы — мысли, чувства и желания, а корни болезни заключаются в неверном психосексуальном развитии;

3) представления о том, что неверное психосексуальное развитие происходит из конфликтов и травм раннего прошлого, детства, особенно из эдипова комплекса;

4) уверенность в сопротивлении выявлению этих тенденций — у человека есть конфликты, но он этого не осознает;

5) представления о том, что мы в основном имеем дело с психической борьбой и переживаниями биологических внутренних импульсов и инстинктов человека, а также представления о защитной роли Эго в отношении Супер-Эго;

6) приверженность концепции психического детерминизма или каузальности, согласно которой мыслительные процессы, или формы поведения не являются случайными, а связаны с событиями, которые им предшествовали, и пока эти события не станут осознанными, они помимо воли будут проявляться и определять мысли, чувства и поведение человека.

Исходя из того, что невроз понимается как результат конфликта между бессознательным и сознанием, основная задача психотерапии в рамках психоанализа состоит в том, чтобы сделать бессознательное сознательным, осознать бессознательное. Фрейд сравнивает ситуацию необходимости осознания собственного бессознательного и сам процесс психоанализа с ситуацией, когда нерадивый студент во время лекции всячески мешает преподавателю, гримасничает, бросает неуместные реплики, отвлекает всех от дела. Преподаватель выгоняет студента за дверь, а тот все равно постоянно заглядывает в аудиторию, отвлекает всех, привлекая внимание к себе всякими возможными способами и мешает продуктивной работе. Точно также и мы выталкиваем свое бессознательное «за дверь», а оно продолжает оттуда всячески напоминать нам о себе, беспокоить и мешать нормальной деятельности. И так же, как разрешить ситуацию с этим студентом можно только пригласив его в аудиторию и попытавшись разобраться, чего же он хочет на самом деле, точно так же нужно «вытащить бессознательное на свет» и выяснить у него, чего же оно хочет от нас.

Задача психотерапевта-психоаналитика состоит в том, чтобы вскрыть и перевести в сознание бессознательные тенденции, влечения и конфликты, то есть способствовать осознанию. Психоаналитик строит процесс таким образом, чтобы облегчить проявление и понимание бессознательного. Как же сделать бессознательное сознательным? Ответить на этот вопрос можно только обратившись к теоретическим представлениям Фрейда о способах и путях выражения бессознательного. В соответствии с этими представлениями для того, чтобы достичь осознания, психоаналитик должен подвергнуть анализу ряд психических феноменов, в которых бессознательное находит свое выражение. Такими феноменами являются свободные ассоциации, символические проявления бессознательного, перенос и сопротивление. Это означает, что в самом общем виде можно сказать, что сущность психоанализа заключается в выявлении и осознании бессознательного за счет анализа его символических проявлений, свободных ассоциаций, переноса и сопротивления.

Свободные ассоциации. Свободные ассоциации или свободное фантазирование (а дословно, скорее свободное проникновение, свободное вторжение) — это основная процедура психоанализа, направленная на проникновение в бессознательное. Ей придается наибольшее значение по сравнению с другими способами продуцирования материала в психоаналитической ситуации. И в этом смысле свободные ассоциации выступают как фундаментальное правило психоанализа. Свободные ассоциации — это техника, при которой пациенту предлагается ослабить все задерживающие и критикующие инстанции сознания, при которой его просят говорить обо всем, что приходит ему в голову, даже если ему это кажется нелепым, не имеющим значения, глупым, тривиальным, постыдным, неприличным, не имеющим отношения к делу и т. п.

Символические проявления бессознательного. Согласно концепции Фрейда, бессознательному закрыт прямой доступ в сознание, у порога которого находится цензура. Но вытесненные влечения и потребности не теряют своего энергетического потенциала и стремятся проникнуть в сознание. Однако они могут сделать это только частично, путем компромисса и искажений. Искаженные и замаскированные влечения, «обманув» бдительность цензуры, все же проникают в сознание в виде компромиссных образований, оставаясь при этом неразпознаваемыми для самого человека. В таком виде их и может обнаружить психоаналитик и подвергнуть анализу. В каком же виде представлены в сознании замаскированные бессознательные влечения и потребности? С точки зрения Фрейда, вытесненные в бессознательное влечения, тенденции и конфликты имеют символические проявления, иными словами, бессознательное может проявляться символически в виде сновидений и фантазий и различных ошибочных действий (обыденных житейских явлений — оговорках, обмолвках, описках, забывании слов, имен, дат и пр., собственно ошибочных действиях).

Перенос (перенесение, трансфер). Перенос характеризует отношения, возникающие между психоаналитиком и пациентом в процессе психоанализа. С точки зрения психоаналитиков, эти отношения имеют существенное и даже решающее значение для психоанализа, в ходе которого внимание постоянно направлено на разнообразные изменения в особых отношениях терапевта и пациента. «Специфическим терапевтическим компонентом являются сложные, эмоциональна окрашенные отношения типа родитель-ребенок между терапевтом и человеком, которого он лечит» — пишет один из психоаналитиков. Что же такое перенос? Перенос — это проекция пациентом на психоаналитика (перенос на психоаналитика) тех чувств и отношений, которые ранее были у пациента в отношении какого-либо значимого лица. При этом следует отметить, что в классическом психоанализе перенос всегда понимался как родительский, это означает, что пациент проецирует на психоаналитика те чувства, отношения, ожидания и пр., которые он испытывал в отношении родительской фигуры. Отношения переноса воссоздают некую реальность отношений со значимым лицом из прошлого пациента, предоставляя материал для анализа. Они, таким образом, выносят прошлые значимые отношения в плоскость психотерапевтического взаимодействия, предоставляя психоаналитику возможность не только в лучшем случае услышать, как представляет себе пациент эти отношения (а, поскольку они являются не осознанными полностью, то представления пациента существенно искажены) или создать у себя представление об этих отношениях пациента на основании других фактов, но, прежде всего, стать участником этих отношений, прочувствовать и пережить их, а следовательно, и адекватно понять. Для того чтобы создать условия для переноса, психоаналитик в ходе психотерапии придерживается определенной стратегии поведения, он ведет себя эмоционально нейтрально, личностно себя не предъявляя. Психоаналитик ведет себя отстраненно вовсе не потому, что он холодный и высокомерный человек (как это иногда изображается), а потому, что для проекции необходим «чистый, белый экран». Если бы психоаналитик проявлял себя как личность более активно, был бы аутентичным, то перенос был бы возможен только в том случае, если бы он действительно отчетливо походил по своим психологическим особенностям и проявлениям на то самое значимое лицо из прошлого пациента.

Сопротивление. Сопротивление представляет собой тенденцию препятствовать, блокировать раскрытие и осознание болезненных переживаний, воспоминаний, конфликтов. Иными словами, у человека есть конфликты, и они действуют, но он противится их осознанию. Сила сопротивления также может свидетельствовать о значимости материала, выявлению и осознанию которого пациент сопротивляется. Все четыре перечисленные психические феномена подвергаются анализу в процессе психотерапии. Термин «анализ» предполагает также определенные процедуры, это — конфронтация, прояснение, интерпретация и преодоление. Центральной процедурой анализа является интерпретация. Все остальные процедуры либо ведут к интерпретации, либо направлены на то, чтобы сделать ее более эффективной. Таким образом, можно сказать, что психоанализ заключается в интерпретирующем (истолковывающем) анализе различных компромиссных образований сознания. Для Фрейда само по себе осознание истинных

причин заболевания выполняет важнейшую терапевтическую функцию. Однако также существенным является интеграция Я всего того, что было ранее вытеснено и затем осознано в процессе психоанализа.

В заключении этого раздела сформулируем еще раз кратко основные положения. В рамках психодинамического подхода в качестве основной детерминанты личностного развития и поведения рассматриваются бессознательные психические процессы, а невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием. Психотерапевтическое вмешательство направлено на достижение осознания этого конфликта и своего бессознательного. Этой задаче подчинен и собственно метод.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Это психотерапевтическое направление по основным своим характеристикам принадлежит к динамическому направлению. Кроме того, ей посвящен отдельный раздел. Однако, учитывая, что она является одной из наиболее разработанных в России психотерапевтических систем, здесь бы хотелось очень коротко также проследить связь между концепцией нормы (личности), концепцией патологии (невроза) и собственно психотерапевтической системой (ее задачами). Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия основана на психологии отношений (концепция личности) и патогенетической концепции неврозов (биопсихосоциальная концепция невротических расстройств). Коротко охарактеризуем эти представления.

Психологическая концепция. В рамках этого подхода личность рассматривается как система отношений индивида с окружающей средой, как целостная, организованная система активных, избирательных, социальных и сознательных связей с реальной действительностью. Центральное место в этом определении занимает понятие «отношение». Психологическая категория отношения понимается как внутреннее субъективное отношение, формирующееся под влиянием отношений реального мира на основе психических свойств человека как индивида. Именно внутренне субъективные отношения характеризуют личность конкретного человека, его неповторимую индивидуальность. Отношения являются ядром личности, они представляют собой внутренние условия, преломляющие и опосредующие воздействия извне. Мясищев выделял три группы отношений: отношение к себе, отношение к другим людям и отношение к миру объектов и явлений. Каждое отношение характеризуется тремя компонентами: когнитивным, эмоциональным и поведенческим. Когнитивный компонент содержит информацию об объекте отношения, эмоциональный — степень привлекательности, желательности или непривлекательности, нежелательности этого объекта, эмоциональное отношение к нему, поведенческий — содержит способы поведения и взаимодействия с данным объектом. Отношения личности, определенным образом связанные между собой, образуют систему отношений, которая иерархизована у каждого человека индивидуально, все отношения, входящие в состав системы, имеют различную значимость для человека, что связано с историей развития его личности. Система отношений задает определенные способы поведения, играет направляющую и динамизирующую роль в целостном поведении человека.

Концепция невроза. Патогенетическая концепция рассматривает невроз как психогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых для личности отношений и проявляющееся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Нарушения отношений можно в самом общем виде охарактеризовать как искажение когнитивного компонента вследствие его неосознанности или недостаточной степени осознания и чрезмерное преобладание эмоционального компонента, что приводит к неадекватности отношения, и оно уже не может обеспечивать адекватную регуляцию поведения. Понимание невроза как психогенного заболевания, в этиопатогенезе которого прослеживается психологически понятная связь между возникновением нарушений, клинической картиной и ее динамикой, с одной стороны, и особенностями системы отношений, личностными особенностями, а также характером и динамикой психотравмирующей патогенной ситуации, с другой, определяет ориентацию психотерапевтических воздействий на коррекцию личности и реконструкцию ее нарушенных отношений.

Поведенческое направление в психотерапии. Поведенческое направление в психотерапии основано на психологии бихевиоризма и использует принципы научения для изменения когнитивных, эмоциональных и поведенческих структур. Поведенческая психотерапия включает широкий круг методов. Развитие методических подходов в рамках этого направления отражает эволюцию целей поведенческой психотерапии от внешнего к внутреннему научению: от методов, направленных на изменение открытых форм поведения, непосредственно наблюдаемых поведенческих реакций (основанных, преимущественно, на классическом и оперантном обусловливании) до методов, направленных на изменение более глубоких, закрытых

психологических образований (основанных на теориях социального научения, моделирования и когнитивных подходах).

Теоретической основой поведенческой психотерапии является психология бихевиоризма.

Бихевиоризм. Это направление в психологии сформировалось в начале XX века. Основоположником бихевиоризма является Уотсон, который ввел этот термин и опубликовал его первую программу. Значительное влияние на формирование бихевиоризма оказали также эксперименты Торндайка, заложившие основу для его возникновения, а также труды Павлова и Бехтерева. Методологическими предпосылками бихевиоризма явились принципы философии позитивизма, в соответствии с которыми наука должна описывать только феномены, доступные непосредственному наблюдению. Бихевиоризм во многом развивался в качестве альтернативы интроспективной психологии и исключил из области своего рассмотрения все психологические феномены, не подлежащие строгому научному исследованию, фиксации и измерению. С точки зрения представителей бихевиоризма, психология должна была стать наукой о поведении, поскольку поведение является единственной психологической реальностью, доступной непосредственному наблюдению и обладающей параметрами, которые можно непосредственно измерить и на которые можно воздействовать и, следовательно, изучать так же, как это принято в естественных науках. Ортодоксальный бихевиоризм по сути отождествляет психику и поведение. Поведение понимается при этом как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды, на набор фиксируемых стимулов. Человек рассматривается как носитель определенных форм поведения, формирующихся по принципу «стимул — реакция». При этом поведение человека, так же как и поведение животного, описывается жесткой схемой «стимул — реакция» (S—R), что рассматривается в качестве основной единицы поведения. Все внутренние психологические звенья, все психологические феномены, опосредующие ответные реакции человека, сторонниками ортодоксального бихевиоризма по сути игнорировались как непосредственно не наблюдаемые. Таким образом, радикальный бихевиоризм ограничивался схемой «стимул — реакция». Однако в дальнейшем бихевиоризм обращается и к опосредующим процессам. Появляется понятие промежуточных переменных — процессов, опосредующих влияние внешних раздражителей на поведение человека. Усложнение традиционной бихевиористской схемы «стимул — реакция» за счет введения промежуточных (интервенирующих, медиаторных) переменных знаменует переход к необихевиоризму, который связан с именами Толмена и Халла. Основная формула бихевиоризма трансформируется в формулу «стимул — промежуточные переменные — реакция» (S—r-s—R). В соответствии с этим стимулы стали обозначаться как независимые переменные, а реакции — как зависимые. Промежуточные переменные (медиаторы, посредники, интервенирующие переменные) — это те психологические образования, которые опосредуют реакции организма на те или иные стимулы. Под промежуточными переменными понимают прежде всего совокупность познавательных и побудительных факторов, действующих между стимулами и ответным поведением. В настоящее время понятие промежуточных переменных понимается широко и включает сложный комплекс разнообразных психологических феноменов. В качестве промежуточных переменных рассматриваются внимание, представления, склонности, мотивы, установки, отношения и даже сознание. Изучение промежуточных переменных является одной из основных задач психологии "поведения.

Центральной проблемой бихевиоризма является проблема приобретения индивидуального опыта или проблема научения (обучения) как приобретения различных умений и навыков. Теории научения, разработанные бихевиоризмом, послужили основой для развития конкретных методических подходов поведенческой психотерапии. Поэтому следует более подробно остановиться на этом понятии.

Научение. Научение — это процесс и результат приобретения индивидуального опыта, знаний, умений и навыков. Научение рассматривается как появление определенных способов поведения в условиях действия конкретных раздражителей, иными словами, научение является систематической модификацией поведения при повторении одинаковой ситуации. Научение выступает в качестве основного методического принципа и главной задачи поведенческой психотерапии (а также важного фактора лечебного действия в других психотерапевтических системах, в частности в групповой психотерапии).

Поведенческая психотерапия, по сути, представляет собой клиническое использование теорий научения, сформировавшихся в рамках бихевиоризма. Центральное место в этих теориях занимают процессы классического и оперантного обусловливания и научения по моделям. В соответствии с этим выделяют три типа научения: научение типа S, научение типа R и социальное научение.

Классическое обусловливание. Классическое обусловливание тесно связано с именем Павлова, который внес основополагающий вклад в теорию классических условных рефлексов, ставшую основой для развития поведенческой психотерапии.

Основная схема условного рефлекса S — R, где S — стимул, R — реакция (поведение). В классической павловской схеме реакции возникают только в ответ на воздействие какого-либо стимула, безусловного или условного раздражителя. Павлов впервые ответил на вопрос, каким образом нейтральный стимул может вызвать ту же реакцию, что и безусловный рефлекс, который протекает автоматически, на врожденной основе, и не зависит от предшествующего опыта индивида. Или, иными словами, как нейтральный раздражитель становится условным раздражителем. Формирование условного рефлекса происходит в условиях: а) смежности, совпадения по времени индифферентного и безусловного раздражителей, с некоторым опережением индифферентного раздражителя, б) повторения, многократного сочетания индифферентного и безусловного раздражителей.

Экспериментатор воздействует на организм условным раздражителем (звонок) и подкрепляет его безусловным (пища), то есть безусловный стимул используется для вызывания безусловной реакции (выделение слюны) в присутствии поначалу нейтрального стимула (звонка). После ряда повторений реакция (выделение слюны) ассоциируется с этим новым стимулом (звонком), иными словами, между ними устанавливается такая связь, что прежде нейтральный безусловный стимул (звонок) вызывает условную реакцию (выделение слюны). Результатом или продуктом научения по такой схеме является респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом (S). Подача подкрепления в данном случае связана со стимулом (S), поэтому данный тип научения, в процессе которого образуется связь между стимулами, обозначается как научение типа S.

Можно назвать еще три феномена, связанных с именем Павлова и используемых в поведенческой психотерапии. Первый — это генерализация стимулов: если сформировалась условная реакция, то ее будут вызывать и стимулы, похожие на условный. Второй — различение стимулов или стимульная дискриминация. Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Третий — это угасание. Угасание — постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами. Угасание связано с тем, что условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически появляется безусловный стимул. Если же условный стимул хотя бы иногда не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться.

Оперантное обусловливание. Теория инструментального, или оперантного обусловливания связана с именами Торндайка и Скиннера. Скиннер — один из виднейших представителей бихевиоризма, показал, что воздействие окружающей среды определяет поведение человека, он рассматривает в качестве главного фактора формирования человеческого поведения культуру, содержание которой выражается в определенном наборе комплексов подкреплений. С их помощью можно создавать и модифицировать человеческое поведение в нужном направлении. На таком понимании основаны методы модификации поведения, которые используются не только в психотерапевтической практике, но и в практике, например, воспитательных воздействий.

Термины «инструментальное научение» и «оперантное обусловливание» означают, что реакция организма, которая формируется по методу проб и ошибок, является инструментом для получения поощрения и предполагает оперирование со средой, то есть поведение есть функция его последствий. Согласно принципу оперантного обусловливания поведение контролируется его результатом и последствиями. Модификация поведения осуществляется за счет влияния на его результаты и последствия. В соответствии со схемой оперантного обусловливания экспериментатор, наблюдая поведение, фиксирует случайные проявления желательной, «правильной» реакции и сразу же подкрепляет ее. Таким образом, стимул следует после поведенческой реакции, используется прямое подкрепление через поощрение и наказание. Результатом такого научения является оперантное научение, или оперант. В таком случае подкрепляется не стимул, а реакция организма, именно она вызывает подкрепляющий стимул, поэтому такое научение обозначается как научение типа R. Оперантное, или инструментальное поведение (поведение типа R) — это поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением. Скиннер, подчеркивая различия между респондентным и оперантным поведением, указывает, что респондентное поведение вызвано стимулом, который предшествует поведению, а оперантное поведение — стимулом, следующим за поведением. Иными словами: в классическом обусловливании стимул предшествует поведенческой реакции, а в оперантном — следует за ней.

Необходимо обратить внимание на соотношение таких понятий, как позитивное и негативное подкрепление и наказание, различать наказание и негативное подкрепление. Позитивное или

негативное подкрепление усиливает поведение (поэтому иногда используется просто термин «подкрепление», предполагающий, что целью воздействия является усиление реакции вне зависимости от того, каким будет подкрепление — позитивным или негативным), наказание — ослабляет. Позитивное подкрепление основано на предъявлении стимулов (наград), которые усиливают поведенческую реакцию. Негативное подкрепление заключается в усилении поведения за счет удаления негативных стимулов. Наказание также подразделяют на позитивное и негативное: первое основано на лишении индивида позитивного стимула, второе — на предъявлении негативного (аверсивного) стимула. Таким образом, всякое подкрепление (и позитивное, и негативное) усиливает частоту поведенческой реакции, усиливает поведение, а всякое наказание (и позитивное, и негативное), напротив, уменьшает частоту поведенческой реакции, ослабляет поведение.

Для различения стимула классического условного рефлекса и стимула оперантного условного рефлекса Скиннер предложил обозначать первый как Sd — дискриминантный стимул, а второй — как Sr — респондентный стимул. Дискриминантный стимул (Sd-стимул) по времени предшествует определенной поведенческой реакции, респондентный стимул (Sr-стимул), подкрепляющий определенную поведенческую реакцию, следует за ней.

	Позитивное	Негативное
Подкрепление	Желательное поведение вызывает действие позитивного стимула (животное находит выход из лабиринта и получает пищу; родители хвалят ребенка за успехи в школе, создают ему возможности для развлечений)	Желательное поведение прекращает действие негативного стимула (животное находит выход из лабиринта, где действует электрический ток, и ток выключают; родители перестают постоянно контролировать, критиковать и ругать ребенка, если его успеваемость улучшилась)
Наказание	Нежелательное поведение вызывает действие негативного стимула (животное в лабиринте упирается в тупик и тогда включается ток; родители начинают контролировать, ругать и наказывать ребенка за плохую успеваемость)	Нежелательное поведение прекращает действия позитивного стимула (животное, постоянно получающее пищевое подкрепление в экспериментальной ситуации, перестает его получать при неправильном выполнении действия; родители лишают ребенка развлечений за плохую успеваемость)

Ниже представлены сравнительные характеристики классического и оперантного обусловливания.

Классическое обусловливание S — R	Оперантное обусловливание R — S
Научение типа S	Научение типа R
Классическая парадигма Павлова	Оперантная парадигма Скиннера
Реакция возникает только в ответ на воздействие какого-либо стимула	Желательная реакция может появиться спонтанно
Стимул предшествует реакции	Стимул следует за поведенческой реакцией
Подкрепление связано со стимулом	Подкрепление связано с реакцией
Респондентное поведение — поведение, вызванное определенным стимулом, предшествующим поведению	Оперантное поведение — поведение, вызванное подкреплением, следующим за поведением

Социальное научение. Этот тип научения основан на представлениях, согласно которым человек обучается новому поведению не только на основании собственного, прямого опыта (как при классическом и оперантном обусловливании), но и на основании опыта других, на основании наблюдения за другими людьми, то есть за счет процессов моделирования. Поэтому этот тип научения также называют моделированием или научением по моделям. Научение по моделям предполагает научение посредством наблюдения и имитации социальных моделей поведения.

Это направление связано, прежде всего, с именем американского психолога Бандуры, представителя медиаторного подхода (Бандура называл свою теорию медиаторно-стимульной ассоциативной теорией).

Научение по моделям оказывает следующее действие:

а) наблюдатель видит новое поведение, которого ранее не было в его репертуаре;

б) поведение модели усиливает или ослабляет соответствующее поведение наблюдателя;

в) поведение модели имеет функцию воспроизведения, то есть может быть усвоено наблюдателем.

С точки зрения Бандуры, сложное социальное поведение формируется посредством наблюдения и имитации социальных моделей. Наблюдение модели способствует выработке у наблюдателя новых реакций, облегчает реализацию ранее приобретенных реакций, а также модифицирует уже существующее поведение. Бандура выделяет три основные регуляторные системы функционирования индивида: 1) предшествующие стимулы (в частности, поведение других, которое подкрепляется определенным образом); 2) обратную связь (главным образом, в форме подкреплений последствий поведения); 3) когнитивные процессы (человек представляет внешние влияния и ответную реакцию на них символически в виде «внутренней модели внешнего мира»), обеспечивающие контроль стимула и подкрепления.

Если снова обратиться к основной формуле бихевиоризма S—r-s—R (где r-s — промежуточные переменные), то очевидно, что здесь решающая роль в процессе научения принадлежит не подкреплению стимула или реакции организма, а воздействию на промежуточные (медиаторные) переменные. Иными словами, научение в данном случае направлено на изменение более глубоких, закрытых психологических образований. Конкретные воздействия в рамках медиаторного подхода концентрируются на тех или иных психологических феноменах (промежуточных переменных) в зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторных (побудительные, когнитивные и пр.). В настоящее время большую популярность и распространение приобрели когнитивные подходы, где в качестве промежуточных переменных рассматриваются когнитивные процессы, сторонники этих подходов исходят из того, что между ситуацией и эмоцией (стимулом и реакцией) находятся когнитивные процессы (например, мысль). В качестве примера таких подходов можно указать взгляды Бека и Эллиса.

Концепция патологии (концепция невроза). Будучи психологической основой поведенческой психотерапии и поведенческого направления в медицине, бихевиоризм определяет и их подход к проблеме здоровья и болезни. Согласно этим представлениям, здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился, а личность — это опыт, который человек приобрел в течение жизни. Невроз при этом не рассматривается как самостоятельная нозологическая единица, поскольку здесь по сути отсутствует нозологический подход. В центре внимания оказывается не столько болезнь, сколько симптом, который понимается как поведение, точнее, как нарушение поведения. Невротический симптом (невротическое поведение) рассматривается как неадаптивное или патологическое поведение, возникшее в результате неправильного научения. Так, Вольпе определяет невротическое поведение как привычку неадаптивного поведения у физиологически нормального организма. Айзенк и Рахман рассматривают невротическое поведение как усвоенные образцы поведения, являющиеся в силу каких-либо причин неадаптивными. Адаптация, с точки зрения бихевиоризма, является основной целью поведения, поэтому поведение, не обеспечивающее адаптацию, и является патологическим. Нарушения поведения в рамках поведенческого направления являются приобретенными, представляют собой усвоенную неправильную реакцию, которая не обеспечивает необходимый уровень адаптации. Эта неадаптивная реакция формируется в процессе «неправильного» научения. Примером такого «неправильного» научения может быть взаимодействие родителей с ребенком, на которого родители обращают внимание, берут на руки только тогда, когда он что-то делает не так, например, капризничает; или ребенок, испытывающий явный недостаток внешних проявлений любви, внимания, тепла и заботы, получает это в избытке, когда заболевает. Таким образом, потребность ребенка во внимании в полной мере удовлетворяется только тогда, когда он «плохо» себя ведет, иными словами, «плохое», неадаптивное поведение подкрепляется положительно (удовлетворяется значимая потребность).

Представители когнитивно-поведенческого подхода фокусируют свое внимание на промежуточных переменных (когнитивных процессах), подчеркивая их роль в развитии нарушений. Так, Бек полагает, что психологические проблемы, эмоциональные реакции и клинические симптомы возникают за счет искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и

обобщениях, между стимулом и реакцией есть когнитивный компонент. Между ситуацией, внешним событием (стимулом — S) и неадаптивным поведением, эмоцией, симптомом (реакция — R) существует сознательная мысль (промежуточная переменная — r-s). При эмоциональных расстройствах причиной длительных эмоций является когнитивный поток, который основан не на реальности, а на субъективной оценке. Каждый человек в определенном смысле ученый-любитель, он наблюдает мир и делает обобщения. Хороший «ученый» осуществляет точные наблюдения, выдвигает адекватные «гипотезы» и делает адекватные обобщения. Плохой «ученый» (а мы все часто именно такими и являемся) осуществляет тенденциозные наблюдения, выдвигает неопределенные «гипотезы» и делает неточные обобщения. Результатом этого являются гипотезы, которые не подвергаются никакой критической проверке и воспринимаются как аксиомы, формируя неправильные представления о мире и самом себе — неадаптивные когниции, или автоматические мысли.

Сам человек может рассматривать их как обоснованные, разумные, хотя другими они могут восприниматься часто как неадекватные. Автоматические мысли содержат большее искажение реальности, чем обычное мышление и, как правило, мало понимаются человеком, также недостаточно оценивается и их воздействие на эмоциональное состояние. Автоматические мысли выполняют регулирующую функцию, но, поскольку сами содержат значительные искажения реальности, то не обеспечивают и адекватную регуляцию поведения, что приводит к дезадаптации.

В рамках этого подхода предпринята попытка выделить наиболее типичные, часто встречающиеся искажения или ошибки мышления. Среди них указывают такие как фильтрование, поляризованность оценок, чрезмерная генерализация или обобщение, паникерство, персонализация, ошибочное восприятие контроля, правота, ошибочные представления о справедливости и др. При этом подчеркивается, что автоматические мысли носят индивидуальный характер, но при этом существуют общие мысли для пациентов с одним и тем же диагнозом, то есть определенные автоматизированные мысли, которые лежат в основе соответствующих расстройств. Автоматические мысли специфичны и дискретны, они являются своего рода стенограммой, представлены в сознании человека в свернутом виде. И задача когнитивной психотерапии состоит в том, чтобы найти и вскрыть искажения мышления и исправить их. Человека можно обучить сосредоточиться на интроспекции и он может определить, как мысль связывает ситуацию, обстоятельства с эмоциональным ответом.

Эллис, также как и Бек, считал, что между стимулом и реакцией находится когнитивный компонент — система убеждений человека. Элис выделяет два типа когниций — дескриптивные и оценочные. Дескриптивные (описательные) когниции содержат информацию о реальности, информацию о том, что человек воспринял в окружающем мире (чистая информация о реальности). Оценочные когниции содержат отношение к этой реальности (оценочная информация о реальности). Дескриптивные когниции связаны с оценочными, но связи между ними могут быть различной степени жесткости. Гибкие связи между дескриптивными и оценочными когнициями формируют рациональную систему установок (убеждений), жесткие — иррациональную. У нормально функционирующего индивида имеется рациональная система установок, которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание или предпочтение. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя иногда они и носят интенсивный характер, однако не захватывают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность и не препятствуют достижению целей. Иррациональные установки — это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями, которые носят абсолютистский характер (типа предписаний, требований, обязательного приказа, не имеющего исключений). Иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если человек не может реализовать иррациональные установки, то следствием этого являются длительные, не адекватные ситуации эмоции, которые препятствуют нормальному функционированию индивида. С точки зрения Эллиса, эмоциональные расстройства обусловлены именно нарушениями в когнитивной сфере, иррациональными убеждениями или иррациональными установками.

Психотерапия. С точки зрения представителей поведенческого направления здоровье и болезнь являются результатом того, чему человек научился и чему не научился. Неадаптивное поведение и клинические симптомы рассматриваются как результат того, что человек чему-то не научился или научился неправильно, как усвоенная неадаптивная реакция, которая сформировалась в результате неправильного научения. В соответствии с этими представлениями о норме и патологии основная цель клинико-психологических вмешательств в рамках

поведенческого подхода заключается в том, чтобы переучить, заменить неадаптивные формы поведения на адаптивные, «правильные», эталонные, нормативные, а задача поведенческой психотерапии как собственно терапевтической системы — в редукции или устранении симптома.

В целом поведенческая психотерапия (модификация поведения) направлена на управление поведением человека, на переучивание, редукцию или устранение симптома и приближение поведения к определенным адаптивным формам поведения — на замену страха, тревоги, беспокойства релаксацией до редукции или полного устранения симптоматики, что достигается в процессе научения за счет применения определенных техник. Научение в рамках поведенческой психотерапии осуществляется на основании уже рассмотренных нами ранее теорий научения, сформулированных бихевиоризмом.

В поведенческой психотерапии научение осуществляется непосредственно, являясь целенаправленным, систематическим, осознаваемым как психотерапевтом, так и пациентом процессом. Психотерапевт поведенческого направления рассматривает все проблемы как педагогические по своей природе и поэтому решить их можно путем прямого обучения новым поведенческим реакциям. Пациент должен научиться новым альтернативным формам поведения и тренировать их. Поведение психотерапевта в данном случае также полностью определяется теоретической ориентацией: если задачи психотерапии состоят в обучении, то роль и позиция психотерапевта должна соответствовать роли и позиции учителя или технического инструктора, а отношения между пациентом и психотерапевтом носят обучающий (воспитательный, образовательный) характер и могут быть определены как отношения типа «учитель—ученик». Психотерапия представляет собой открытый, систематичный процесс, непосредственно контролируемый врачом. Психотерапевт совместно с пациентом составляют программу лечения с четким определением цели (установлением специфической поведенческой реакции — симптома, которая должна быть модифицирована), разъяснением задач, механизмов, этапов лечебного процесса, определением того, что будет делать психотерапевт и что — пациент. После каждого психотерапевтического сеанса пациент получает определенные задания, а психотерапевт контролирует их выполнение. Основная функция психотерапевта состоит в организации эффективного процесса научения.

Собственно научение в рамках поведенческой психотерапии осуществляется на основании ранее рассмотренных схем, связанных с общими теориями научения, сформулированными бихевиоризмом. Методически поведенческая психотерапия не выходит за пределы традиционной бихевиористской схемы «стимул — промежуточные переменные — реакция». Каждая школа поведенческой психотерапии концентрирует психотерапевтическое воздействие на отдельных элементах и комбинациях внутри этой схемы.

В рамках поведенческой психотерапии можно выделить 3 основных ее вида (или три группы методов), непосредственно связанные с тремя типами научения: 1) направление, методически основанное на классической парадигме; 2) направление, методически основанное на оперантной парадигме; 3) направление, методически основанное на парадигме социального научения.

Методы, основанные на классической парадигме Павлова, на классическом обусловливании, используют схему «стимул — реакция» и систематическую десенсибилизацию или другие приемы редукции симптома. Примером такого методического подхода может служить метод классической систематической десенсибилизации Вольпе, направленный на редукцию или полное устранение симптома путем замены его релаксацией.

Методы, основанные на оперантной парадигме Скиннера, используют схему «реакция — стимулы» и различные виды подкрепления. Примером такого методического подхода может служить так называемая жетонная система, некоторые виды тренинга.

Методы, основанные на парадигме социального научения, используют схему «стимул — промежуточные переменные — реакция». Здесь используются разнообразные системы директивной психотерапии, целью которых является изменение многочисленных психологических параметров, рассматриваемых как промежуточные переменные. В зависимости от того, какие психологические процессы рассматриваются в качестве медиаторов (установки, как, например, в рационально-эмоциональной психотерапии Эллиса, или когниции, как в когнитивной психотерапии Бека), и определяются психотерапевтические мишени. Таким образом, все существующие методы поведенческой психотерапии непосредственно связаны с определенными теориями научения.

В клинической практике бихевиоризм не только является теоретической основой поведенческой психотерапии, но и оказал существенное влияние на развитие такого направления, как терапия средой.

Гуманистическое направление в психотерапии. Это направление в психотерапии весьма неоднородно, что находит выражение даже в разнообразии терминов, которые используются для его названия. Наряду с термином «гуманистическое направление» его также часто обозначают как «экзистенциально-гуманистическое» или «опытное» направление. Это связано, прежде всего, с тем, что в это направление традиционно включают самые разнообразные психотерапевтические школы и подходы, которые объединены общим пониманием цели психотерапии и путей для ее достижения. Во всех этих подходах личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности рассматривается как основная цель психотерапии, которая может быть достигнута за счет переживания, осознания, принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. При этом далеко не всегда эти подходы имеют в своей основе собственно гуманистическую психологию. Поэтому термин «гуманистическое направление» не совсем точно отражает содержание всех конкретных школ в рамках этого направления. По сути своей только одна ветвь этого направления может быть названа гуманистической психотерапией. По-видимому, наиболее адекватным является термин «опытное направление», однако мы все же используем название «гуманистическое направление», учитывая сложившуюся у нас традицию и связь каждого конкретного подхода в рамках этого направления с гуманистической психологией.

Психологическая концепция. Гуманистическая психология, которую часто называют «третьей силой в психологии» (после психоанализа и бихевиоризма), сформировалась как самостоятельное направление в 50-х годах XX столетия. В основе гуманистической психологии лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Экзистенциализм привнес в гуманистическую психологию интерес к проявлениям человеческого бытия и становлению человека, феноменологию — описательный подход к человеку, без предварительных теоретических построений, интерес к субъективной (личной) реальности, к субъективному опыту, опыту непосредственного переживания («здесь и сейчас») как основному феномену в изучении и понимании человека. Здесь можно также найти и некоторое влияние восточной философии, которая стремится к соединению души и тела в единстве человеческого духовного начала. Предметом гуманистической психологии является личность как уникальная целостная система, не являющаяся чем-то заранее данным, а представляющая собой открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку.

Концепция личности. Гуманистическая психология во многом развивалась как альтернатива психоанализу и бихевиоризму. Один из виднейших представителей этого подхода Мэй писал, что «понимание человека как пучка инстинктов или собрания рефлекторных схем приводит к потере человеческой сущности». Низведение человеческой мотивации к уровню первичных и даже животных инстинктов, недостаточное внимание к сознательной сфере и преувеличение значимости бессознательных процессов, игнорирование особенностей функционирования здоровой личности, рассмотрение тревоги только как негативного фактора — именно эти психоаналитические воззрения вызывали критику представителей гуманистической психологии. Бихевиоризм, с их точки зрения, дегуманизировал человека, акцентируя внимание только на внешнем поведении и лишая человека глубины и духовного, внутреннего смысла, превращая его, тем самым, в машину, робот или лабораторную крысу. Гуманистическая психология провозгласила свой собственный подход к проблеме человека. Она рассматривает личность как уникальное, целостное образование, понять которую за счет анализа отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку как уникальной личности является одним из фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами и детерминантами личностного развития являются специфически человеческие свойства — стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации, к осуществлению определенных жизненных целей, раскрытию смысла собственного существования. Личность рассматривается как постоянно развивающаяся, стремящаяся к своему «полному функционированию», не как нечто заранее данное, а как возможность самоактуализации. Гуманистическая психология не разделяет психоаналитических взглядов на тревогу как негативный фактор, на устранение которого направлено человеческое поведение. Тревога может существовать и как конструктивная форма, способствующая личностному изменению и развитию. Для здоровой личности движущей силой поведения и его целью является самоактуализация, которая рассматривается как «гуманоидная потребность, биологически присущая человеку как виду». Основные принципы гуманистической психологии формулируются следующим образом: признание целостного характера природы человека, роли сознательного опыта, свободы воли, спонтанности и творческих возможностей человека, способности к росту.

Самоактуализация. Самоактуализация является одним из важнейших понятий в гуманистической психологии и понимается как процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии и реализации способностей и возможностей человека, актуализации его личностного потенциала. Самоактуализация способствует тому, чтобы человек мог стать тем, кем он может стать на самом деле, и, следовательно, жить осмысленно, полно и совершенно. Потребность в самоактуализации выступает как высшая человеческая потребность, как главный мотивационный фактор. Однако эта потребность проявляется и определяет поведение человека лишь в том случае, если удовлетворены другие, нижележащие потребности.

Один из основателей гуманистической психологии Маслоу разработал иерархическую модель потребностей:

1-й уровень — физиологические потребности (потребности в пище, сне, сексе и пр.).

2-й уровень — потребность в безопасности (потребности в обеспеченности, стабильности, порядке, защищенности, отсутствии страха и тревоги).

3-й уровень — потребность в любви и принадлежности (потребность в любви и чувстве общности, принадлежности к определенной общности, семья, дружба).

4-й уровень — потребность в самоуважении (потребность в самоуважении и уважении и признании другими людьми).

5-й уровень — потребность в самоактуализации (потребность в развитии и реализации собственных способностей, возможностей и личностного потенциала, личностного совершенствования).

Согласно этой концепции, высшие (вышележащие) потребности могут направлять поведение человека лишь в той степени, в какой удовлетворены более низшие. Продвижение к высшей цели — самоактуализации, психологическому росту, не может осуществляться, пока индивид не удовлетворит более низшие потребности, не избавится от их доминирования, которое может быть обусловлено ранней фрустрацией той или иной потребности и фиксацией индивида на определенном, соответствующем этой неудовлетворенной потребности, уровне функционирования. Маслоу также подчеркивал, что потребность в безопасности может оказывать достаточно существенное негативное влияние на самоактуализацию. Самоактуализация, психологический рост связаны с освоением нового, с расширением сфер функционирования человека, с риском, возможностью ошибок и негативными их последствиями. Все это может увеличивать тревогу и страх, что ведет к усилению потребности в безопасности и возврату к старым, безопасным стереотипам.

Роджерс также рассматривал в качестве главного мотивационного фактора стремление к самоактуализации, которую он понимал как процесс реализации человеком своего потенциала с целью стать полноценно функционирующей личностью. Полное раскрытие личности, «полное функционирование» (и психическое здоровье), с точки зрения Роджерса, характеризуется следующим: открытость по отношению к опыту, стремление в любой отдельный момент жить полной жизнью, способность прислушиваться в большей степени к собственной интуиции и потребностям, чем к рассудку и мнению окружающих, чувство свободы, высокий уровень творчества. Жизненный опыт человека рассматривается им с точки зрения того, в какой мере он способствует самоактуализации. Если этот опыт помогает актуализации, то человек оценивает его как положительный, если нет — то как негативный, которого следует избегать. Роджерс особо подчеркивал значение субъективного опыта (личного мира переживаний человека) и полагал, что другого человека можно понять, только непосредственно обращаясь к его субъективному опыту.

Опыт. Понятие опыта занимает важное место как в концепции Роджерса, так и других представителей этого направления. Опыт понимается как личный мир переживаний человека, как совокупность внутреннего и внешнего опыта, как то, что человек переживает и «проживает». Опыт — это совокупность переживаний (феноменальное поле), он включает все, что потенциально доступно сознанию и происходит в организме и с организмом в любой данный момент. Сознание рассматривается как символизация некоторого опыта переживаний. Феноменальное поле содержит как сознательные (символизированные) переживания, так и бессознательные (несимволизированные). Опыт прошлого также имеет значение, однако актуальное поведение обусловлено именно актуальным восприятием и интерпретацией событий (актуальным опытом).

Организм. Термин «организм» не несет в себе исключительно биологического содержания, организм в данном случае понимается как сосредоточение всего опыта переживаний (локус всего опыта переживаний). Рождерс по этому поводу пишет следующее: «Если мы сможем добавить к сенсорному и висцеральному опыту, характерному для всего животного мира, дар свободного неискаженного осознания, которое во всей своей полноте свойственно лишь человеку, то у нас

получится прекрасный, конструктивный, соответствующий реальности, организм. В этом случае у нас будет организм, который осознает как требования культуры, так и свои собственные физиологические потребности и свои желания». Таким образом, это понятие включает не только висцеральные и сенсорные реакции, но и весь социальный опыт человека, то, что осознается, и то, что не осознается в данный момент, но может быть осознано. В организме находит выражение целостность человека. Я-концепция — более или менее осознанная устойчивая система представлений индивида о самом себе, включающая физические, эмоциональные, когнитивные, социальные и поведенческие характеристики, которая представляет собой дифференцированную часть феноменального поля. Я-концепция — это самовосприятие, концепция человека о том, что он собой представляет, она включает те характеристики, которые человек воспринимает как действительную часть самого себя. Наряду с Я-реальным, Я-концепция содержит также и Я-идеальное (представления о том, каким человек хотел бы стать). Для самоактуализации необходимым условием является наличие адекватной Я-концепции, полного и целостного представления человека о самом себе, включающего самые разнообразные собственные проявления, качества и стремления. Только такое полное знание о самом себе может стать основой для процесса самоактуализации.

Конгруэнтность. Конгруэнтность — неконгруэнтность также определяет возможности самореализации. Этот термин, во-первых, определяет соответствие между воспринимаемым Я и актуальным опытом переживаний. Если в Я-концепции представлены переживания, достаточно точно отражающие «переживания организма» (организм в данном случае понимается как сосредоточение всего опыта переживаний), если человек допускает в сознание различные виды своего опыта, если осознает себя тем, кем он есть в опыте, если он «открыт опыту», то его образ Я будет адекватным и целостным, поведение конструктивным, а сам человек — зрелым, адаптированным и способным к «полному функционированию». Неконгруэнтность между Я-концепцией и организмом, несоответствие или противоречие между опытом и представлением о себе вызывает ощущение угрозы и тревогу, вследствие чего опыт искажается по механизмам защиты, что, в свою очередь, приводит к ограничению возможностей человека. В этом смысле понятие «открытость опыту» противоположно понятию «защита». Во-вторых, термин конгруэнтность относится также к соответствию между субъективной реальностью человека и внешней реальностью. И, наконец, в третьих, конгруэнтность или неконгруэнтность — это степень соответствия между Я-реальным и Я-идеальным. Определенное расхождение между реальным и идеальным образами Я играет позитивную роль, так как создает перспективу развития человеческой личности и самосовершенствования. Однако чрезмерное увеличение дистанции представляет для Я угрозу, приводит к выраженному чувству неудовлетворенности и неуверенности, обострению защитных реакций и плохой адаптации.

Таким образом, в рамках гуманистического подхода в качестве основной человеческой потребности, в качестве детерминанты поведения и развития человеческой личности рассматривается потребность в самоактуализации, стремление к развитию и осуществлению своих потенциальных возможностей, к осуществлению определенных жизненных целей. Важным условием для успешной реализации этой потребности выступает наличие адекватного и целостного образа Я, отражающего истинные переживания и потребности, свойства и стремления человека. Такая Я-концепция формируется в процессе принятия и осознания всего многообразия своего собственного опыта, чему способствуют определенные условия воспитания и социализации индивида.

Концепция невроза. Главной человеческой потребностью в рамках гуманистического подхода является потребность в самоактуализации. Невроз при этом рассматривается как результат невозможности самоактуализации, как результат отчуждения человека от самого себя и от мира. Маслоу пишет по этому поводу: «Патология есть человеческое уничижение, потеря или недостижение актуализации человеческих способностей и возможностей. Идеал полного здоровья — это человек сознательный, осознающий реальность в каждый момент, человек живой, немедленный и спонтанный». В своей концепции мотивации Маслоу выделял два вида мотивации: дефицитарную мотивацию (дефицитарные мотивы) и мотивацию роста (мотивы роста). Цель первых состоит в удовлетворение дефицитарных состояний (голода, опасности и пр.). Мотивы роста имеют отдаленные цели, связанные со стремлением к самоактуализации. Эти потребности Маслоу обозначил как метапотребности. Метамотивация невозможна до тех пор, пока человек не удовлетворит дефицитарные потребности. Депривация метапотребностей, с точки зрения Маслоу, может вызвать психические заболевания.

Рождерс также рассматривает невозможность самоактуализации, блокирование этой потребности как источник возможных нарушений. Мотивация самоактуализации может быть

реализована в случае, если человек имеет адекватный и целостный образ Я, формирующийся и постоянно развивающийся на основе осознания всего опыта собственных переживаний. Другими словами, условием формирования адекватной Я-концепции является «открытость опыту». Однако человек часто сталкивается с такими собственными переживаниями, таким опытом, которые могут в большей или меньшей степени расходиться с представлением о себе. Расхождение, несоответствие между Я-концепцией и переживанием представляет угрозу для его Я-концепции. Эмоциональной реакцией на ситуацию, воспринимаемую как угроза, является тревога. В качестве противодействия этому рассогласованию и вызванной им тревоге человек использует защиту. Роджерс, в частности, указывал два основных защитных механизма — искажение восприятия и отрицание. Искажение восприятия — это вид защиты, представляющий собой процесс трансформации угрожающих переживаний в такую форму, которая соответствует или согласуется с Я-концепцией. Отрицание представляет собой процесс полного исключения из сознания угрожающих переживаний и неприятных аспектов действительности. Если переживания полностью не согласуются с образом Я, тогда уровень внутреннего дискомфорта и тревоги слишком высок, чтобы человек мог с ним справиться. В таком случае развивается либо повышенная психологическая уязвимость, либо различные психические расстройства, в частности, невротические нарушения. В связи с этим возникает вопрос, почему у одних людей Я-концепция достаточно адекватна и человек способен переработать новый опыт и интегрировать его, а в других случаях этот опыт представляет угрозу для Я? Я-концепция формируется в процессе воспитания и социализации и во многом, с точки зрения Роджерса, определяется потребностью в положительном принятии (внимании). В процессе воспитания и социализации родители и окружающие могут демонстрировать ребенку условное и безусловное принятие. Если они ведут себя таким образом, что ребенок чувствует, что они его принимают и любят вне зависимости от того, как он себя сейчас ведет («я тебя люблю, но твое поведение сейчас мне не нравится» — безусловное принятие), то ребенок будет уверен в любви и принятии, и в дальнейшем будет менее уязвим по отношении к несогласующемуся с Я опыту. Если же родители ставят любовь и принятие в зависимость от конкретного поведения («я тебя не люблю, потому что ты плохо себя ведешь», что означает: «я буду тебя любить только в том случае, если ты будешь хорошо себя вести» — условное принятие), то ребенок не уверен в своей ценности и значимости для родителей. Он начинает ощущать, что в нем, в его поведении есть что-то такое, что лишает его родительской любви и принятия. Те проявления, которые не получают одобрения и вызывают негативные переживания, могут исключаться из Я-концепции, препятствуя ее развитию. Человек избегает ситуаций, которые потенциально могут вызвать неодобрение и негативную оценку. Он начинает руководствоваться в своем поведении и жизни чужыми оценками и ценностями, чужыми потребностями и все дальше уходит от самого себя. В итоге личность не получает полного развития. Таким образом, отсутствие безусловного принятия формирует искаженную Я-концепцию, которая не соответствует тому, что есть в опыте человека. Неустойчивый и неадекватный образ Я делает человека психологически уязвимым к чрезвычайно широкому спектру собственных проявлений, которые также не осознаются (искажаются или отрицаются), что усугубляет неадекватность Я-концепции и создает почву для роста внутреннего дискомфорта и тревоги, которые могут стать причиной манифестации невротических расстройств.

Франкл, основатель «третьего венского направления психотерапии» (после Фрейда и Адлера), считает, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Современный невротический пациент страдает не от подавления сексуального влечения и не от чувства собственной неполноценнности, а от экзистенциальной фрустрации, которая возникает в результате переживания человеком чувства бессмысленности собственного существования. Одну из своих книг Франкл так и назвал — «Страдание в жизни, лишенной смысла». Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, а невозможность удовлетворения этой потребности ведет к «ноогенному» (духовному) неврозу.

Таким образом, в рамках гуманистического (экзистенциально-гуманистического), «опытного» подхода психические нарушения, в частности, невротические расстройства, являются результатом невозможности самоактуализации, отчуждения человека от самого себя и от мира, невозможности раскрыть смысл собственного существования.

Рассматриваемое психотерапевтическое направление очень неоднородно. Оно включает разнообразные подходы, школы и методы, которые в самом общем виде объединяет личностная интеграция, восстановление целостности и единства человеческой личности. Эта цель может быть достигнута за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Но представления о том, каким путем, за счет чего человек в ходе психотерапии может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, у представителей этого направления различаются. Обычно в «опытном»

направлении выделяют три основных подхода или три разновидности. Основанием для отнесения той или иной конкретной школы к одной из ветвей «опытного направления», по существу, является представление о том, за счет чего пациент приобретает новый опыт. Следует иметь в виду, что обозначения этих подходов весьма условные.

Философский подход. Именно здесь в качестве теоретической основы выступают экзистенциальные подходы и гуманистическая психология. Собственно, все, что излагалось выше, относится именно к этой ветви опытного направления. В качестве основной цели психотерапии рассматривается помощь человеку в становлении самого себя в качестве самоактуализирующейся личности, помощь в поисках путей самоактуализации, в раскрытии смысла собственного существования, в достижении аутентичного существования. Все это может быть осуществлено путем развития в процессе психотерапии адекватного образа Я, адекватного самопонимания и развития новых ценностей. Личностная интеграция, рост аутентичности и спонтанности, принятие и осознание себя во всем своем многообразии, уменьшение расхождения между Я-концепцией и опытом рассматриваются как наиболее значимые факторы психотерапевтического процесса. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы поднять уровень осознанности поведения, помочь скорректировать отношение к самому себе и окружающим, освободить скрытый творческий потенциал и способность к саморазвитию. Таким образом, новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с другими людьми, с психотерапевтом или психотерапевтической группой. В чем же состоит уникальность этого общения с психотерапевтом? Наиболее точно на этот вопрос отвечает Роджерс.

Клиент-центрированная терапия Роджерса. Разработанная Роджерсом психотерапевтическая система получила широкое распространение и оказала значительное влияние на развитие групповых методов. Для Роджерса задача психотерапии заключается в создании условий, способствующих новому опыту (переживаниям), на основании которого пациент изменяет свою самооценку в положительном, внутренне приемлемом направлении, происходит сближение реального и идеального образов Я, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке других. Эти задачи могут быть осуществлены, если общение с пациентом в процессе психотерапии строится определенным образом. Роджерс считает, что это возможно в том случае, если психотерапевт последовательно реализует в ходе своей работы с пациентом три основные переменные психотерапевтического процесса. Первое — это эмпатия. Эмпатия понимается как способность психотерапевта встать на место пациента, «вчувствоваться» в его внутренний мир, понимать его высказывания так, как он сам это понимает. Второе — безусловное положительное отношение к пациенту или безусловное положительное принятие. Безусловное принятие предполагает отношение к пациенту как к личности, обладающей безусловной ценностью, независимо от того, какое поведение он демонстрирует, как оно может быть оценено, независимо от того, какими качествами он обладает, независимо от того, болен он или здоров. Третье — собственная конгруэнтность, или аутентичность психотерапевта. Она означает истинность поведения психотерапевта, поведение, соответствующее тому, каким он есть на самом деле. Все эти три параметра, вошедшие в литературу под названием «триада Роджерса», непосредственно вытекают из его взглядов на проблему личности и возникновение расстройств. Они, по сути дела, представляют собой «методические приемы», способствующие изучению пациента и достижению необходимых изменений.

Разговорная психотерапия представляет собой подход, очень близкий к клиент-центрированной психотерапии Роджерса. Иногда даже указывают, что это просто немецкий термин, использующийся для обозначения клиент-центрированной психотерапии. Разговорную психотерапию ее авторы определяют как планомерную, систематическую и селективную форму вербальных и невербальных коммуникаций и социальных интеракций между двумя (пациентом и психотерапевтом) или более людьми (группа). Цель состоит в том, чтобы уменьшить переживаемые пациентом психические нарушения, а это может произойти вследствие новой ориентации пациента в своих переживаниях и своем поведении за счет дифференциации образов Я и расширении пространства взаимодействия. Согласно представлениям Тауша, создателя разговорной психотерапии, пациент способен самостоятельно понять и изменить те стороны своей личности и своего поведения, которые препятствуют самоактуализации. Реализация этих способностей пациента становится возможной в том случае, если психотерапевт не навязывает пациенту своего видения, понимания, интерпретаций и гипотез, а старается понять его на основе вербализации его эмоциональных состояний и переживаний. С помощью психотерапевта пациент сам может справиться с существующими проблемами, конфликтами и трудными ситуациями и те способы перестройки, изменений, которые он находит самостоятельно, являются более адекватными и конструктивными, приносят больше удовлетворения, повышают уверенность в себе, степень самоуважения и самооценку, что в конечном счете и способствует становлению

зрелой, самоактуализирующейся личности. Основными понятиями в этой системе являются самоэкплорация (степень ее определяет, в какой мере пациент включает в беседу свое собственное поведение и личные эмоциональные переживания, раздумывает над ними или делает из них выводы для себя), вербализация (описание психотерапевтом эмоциональных переживаний пациента, вскрытие экстернального и интернального содержания его высказываний), положительная оценка и эмоциональная теплота (признание пациента как личности, забота о нем как о самостоятельном человеке, готовность принять участие в его переживаниях), самоконгруэнтность (совпадение аргументации с внутренним состоянием психотерапевта), самовыражение (высказывания психотерапевта, в которых он передает свои собственные относящиеся к актуальной ситуации переживания). В качестве основных переменных психотерапевтического процесса авторы выделяют принятие или безусловную положительную оценку, эмпатию или вербализацию содержания эмоциональных состояний, собственную конгруэнтность или истинность поведения психотерапевта. Реализация этих основных терапевтических принципов означает: во-первых, настоящее эмоциональное увлечение и вовлеченность психотерапевта в психотерапевтическую ситуацию, его понятность для пациента как человека, как личности, во-вторых, создание безопасной атмосферы как предпосылки к восприятию, принятию и изменению несовместимых ранее чувств, желаний и потребностей пациента, в-третьих, ориентацию всех действий психотерапевта на внутренний мир пациента, на сообщаемое им содержание. Основная цель разговорной психотерапии состоит в вербализации, отражении чувств и переживаний пациента, которые не должны выходить за рамки их содержания, при этом различные интепретации со стороны психотерапевта, построение гипотез рассматриваются как недопустимые.

Логотерапия Франкла. Как уже указывалось, Франкл считает, что каждое время имеет свой невроз и каждое время должно иметь свою психотерапию. Основная проблема современного человека — это экзистенциальная фрустрация, которая возникает в результате переживания чувства бессмысленности собственного существования. Согласно Франклу, воля к смыслу является основной человеческой потребностью, невозможность удовлетворения которой ведет к «ноогенному» (духовному) неврозу. Поэтому основная задача логотерапии — терапии духа — в обращении к специфически человеческим феноменам, к его «ноэтическому», духовному началу. Психотерапия должна быть направлена не на симптомы, а на личность пациента, на его установки, на развитие высших духовных ценностей, которые сделают его свободным и естественным, способным принимать собственные решения. Реализация высших духовных ценностей избавляет человека от «экзистенциального вакуума», позволяет ему постигнуть истинный смысл собственного существования.

Таким образом, в рамках философского подхода новый опыт, способствующий личностной интеграции, пациент приобретает за счет общения с другими людьми, с психотерапевтом или психотерапевтической группой.

Соматический подход. В рамках соматического подхода новый опыт, способствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет общения с самим собой, с различными аспектами своей личности и своего актуального состояния. В рамках этого подхода используются как вербальные, так и многочисленные невербальные методы, применение которых способствует интеграции Я за счет концентрации внимания и осознавания различных аспектов («частей») собственной личности, собственных эмоций, субъективных телесных стимулов и сенсорных ответов. Также здесь делается акцент на двигательных методиках, способствующих высвобождению подавленных чувств и их дальнейшему осознанию и принятию.

Духовный подход. В рамках духовного подхода новый опыт, способствующий личностный интеграции, пациент приобретает за счет приобщения к высшему началу. В центре внимания здесь находится утверждение Я как трансцендентального или трансперсонального опыта, расширение опыта человека до космического уровня, что в конечном счете, по мнению представителей этого подхода, ведет к объединению человека со Вселенной (Космосом). Достигается это с помощью медитации (например, трансцендентальной медитации) или духовного синтеза, который может осуществляться различными приемами самодисциплины, тренировки воли и практики деидентификации.

Таким образом, опытный подход объединяют представления о целях психотерапии как личностной интеграции, восстановления целостности и единства человеческой личности, что может быть достигнуто за счет переживания, осознания (осознавания), принятия и интеграции нового опыта, полученного в ходе психотерапевтического процесса. Пациент может получить новый уникальный опыт, способствующий личностной интеграции, различными путями: этому опыту могут способствовать другие люди (психотерапевт, группа), непосредственное обращение к

ранее закрытым аспектам собственного Я (в частности, телесного) и соединение с высшим началом.

В заключение необходимо подчеркнуть, что преемственность между личностной концепцией, концепцией патологии и собственно практикой психотерапевтической работы является непременным условием научной обоснованности психотерапевтической школы. Ниже приводится табл. 2 (по Карасу), которая позволит еще раз сопоставить основные подходы в рамках трех психотерапевтических направлений.

Таблица 2. Характеристика трех основных направлений в психотерапии

	Динамическое	Поведенческое	Опытное
Основные жалобы	Вытеснение, первичные потребности и влечения, вытесненные в бессознательное (сексуальные репрессии)	Беспокойство, тревога, страх	Раздражение, отчуждение
Концепция патологии	Конфликт между бессознательным и сознанием, между первичными потребностями и влечениями, вытесненными в бессознательное, и моральными нормами, правилами, ценностями, запретами (инстинктивные конфликты, ранние сексуальные побуждения и желания, которые остались неосознанными)	Неадаптивное поведение, которое возникло в результате неправильного научения (приобретенные привычки, подавление или излишнее проявление форм поведения, вынуждаемые окружающими)	Невозможность самореализации, нарушение личностной целостности (отчаяние в существовании, потеря веры в человеческие возможности, фрагментарность личности, потеря соотношения с опытом)
Концепция здоровья	Осознание внутренних конфликтов (выявление внутренних конфликтов, победа Эго над Ид, сила Эго)	Отсутствие симптома (борьба с симптомом, исчезновение симптома, отсутствие специфических симптомов, редукция беспокойства)	Актуализация потенциального: самораскрытие, самореализация, осознание собственной личности, спонтанность
Вид изменений	Глубокое, внутреннее: понимание близкого прошлого, то есть интеллектуально-эмоциональное знание	Прямое изучение: поведение в настоящем, сегодняшнем, то есть действие или представление	Немедленный опыт: ощущения и чувства данного момента, то есть спонтанное выражение опыта
Временной подход и фокусировка	Исторический: относящийся к прошлому	Неисторический: объективное настоящее	Антиисторический: момент явления
Вид лечения	Долгое и интенсивное	Короткое и неинтенсивное	Короткое, но интенсивное

Задача психотерапевта	Осознание бессознательного (понять содержание подсознательных операций разума, их историческое и скрытое значение)	Выработать специфические поведенческие ответы на стимулы, вызывающие беспокойство (запрограммировать, дать ответ, запретить, выработать специфические поведенческие ответы)	Взаимодействовать в атмосфере взаимного принятия с целью вызвать самовыражение (от соматического к спиритуальному)
Основные приемы	Интерпретация: свободные ассоциации, символические проявления бессознательного (сновидения, мечтания, фантазии, ошибочные действия), анализ сопротивления и переноса	Научение: классическое и оперантное обусловливание, моделирование, социальное научение	Столкновение, встреча (энкаунтер), диалоги, опыты, драматизация или проигрывание «вслух» чувств
Модель лечения	Медицинская: врач-пациент, или родитель (взрослый)-ребенок, то есть терапевтический союз	Образовательная (воспитательная): учитель-ученик, или родитель-маленький ребенок, то есть обучающий союз	Экзистенциальная: человек-человек, или взрослый-взрослый, то есть союз людей
Природа отношений при лечении	Трансферентные (отношения переноса) и основные для лечения: нереальные отношения	Реальные, но второстепенные для лечения: нет отношений	Реальные и первостепенные для лечения: реальные отношения
Роль и позиция психотерапевта	Интерпретатор-отображатель: непрямая, бесстрастная, ничего не решающая, часто фрустрирующая	Советчик: прямой, решающий проблемы, практический	Руководитель, Инициатор взаимодействия (фасилитатор): взаимно решающий и вознаграждающий

Контрольные вопросы

1. Клиент-центрированная психотерапия предполагает:
   1) использование свободных ассоциаций;
   2) директивное отношение психотерапевта к пациенту;
   3) работу с иррациональными установками личности;
   4) изменение системы отношений пациента.
2. Термин «опыт» имеет наибольшее значение для:
   1) психотерапии, основанной на теориях научения;
   2) динамически-ориентированной психотерапии;
   3) гуманистической психотерапии;
   4) психотерапии, основанной на когнитивных подходах.
3. Термин «научение» имеет наибольшее значение для:
   1) психоанализа;
   2) гештальт-терапии;
   3) психодрамы;
   4) когнитивной психотерапии.
4. Метод систематической десенсибилизации основан на:

1) оперантном обусловливании;
2) классическом обусловливании;
3) научении по моделям;
4) внушении.

Механизмы лечебного действия психотерапии.

Основные механизмы лечебного действия психотерапии целесообразно рассмотреть в соответствии с тремя важнейшими планами функционирования человека: эмоциональным (корригирующий эмоциональный опыт), познавательным/когнитивным (конфронтация) и поведенческим (научение).

В процессе индивидуальной психотерапии преимущественно с эмоциональной сферой связаны также безусловное принятие, толерантность, интерес, симпатия, забота, катарсис, переживание сильных эмоций, проявление интенсивных личных чувств, альтруизм, перенос, идентификация.

В этой же плоскости, но с ориентированностью в будущее, находятся вера и надежда, которые выражают частично осознанную возможность достижения цели. Внушение и поддержание надежды, веры в выздоровление имеют место при всех видах психотерапии. В качестве основного механизма лечебного действия они выступают при использовании прямых суггестивных внушений, плацебо-терапии и некоторых других. Появление и укрепление веры у пациента в успешность психотерапии неразрывно связано с верой психотерапевта в себя и в эффективность применяемого им метода. Способность врача с первых встреч «заразить» больного уверенностью часто предопределяет успех последующих действий специалиста. Вера в выздоровление и возникновение положительной перспективы, появление надежды неотделимы друг от друга и обращены прежде всего к «здоровой» части личности. Информация о больных с хорошими результатами от проведенного лечения усиливает действие этих факторов. Появление перспективы становится новым мотивом, помогающим продолжать лечение и преодолевать трудности.

Преимущественно к когнитивной сфере относятся получение новой информации, советы и рекомендации, интеллектуализация, обратная связь, самоэксплорация, тестирование реальности, универсальность (осознание и ощущение общности). В эту группу входят механизмы лечебного действия, которые в значительной степени снижают уровень неопределенности представлений пациента о своей болезни, личностных проблемах, ближайших целях и задачах, что приводит к дистанцированию от значимых переживаний, которые послужили источником декомпенсации, обесцениванию их. Происходит расширение образа Я за счет включения в него прежде отвергаемых аспектов: представления о себе, своем поведении, целях, способах их реализации. В некоторых видах психотерапии изменения в этой плоскости являются определяющими — в рациональной, когнитивной, рационально-эмоциональной, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и др.

К поведенческой сфере могут быть отнесены имитационное научение (подражание), десенсибилизация, экспериментирование с новыми формами поведения, приобретение навыков социализации. Научение в широком смысле при разных формах психотерапии происходит как прямо — через инструкции, рекомендации, команды, советы, так и косвенно — путем наблюдения, моделирования, явного и неявного использования поощрения и наказания (чаще в форме социального неодобрения, неприятия).

Механизмы лечебного действия групповой психотерапии. Вопрос о том, за счет чего достигается лечебный эффект групповой психотерапии, привлекает широкое внимание исследователей. Одна из первых попыток изучения и анализа механизмов лечебного действия групповой психотерапии принадлежит Корзини и Розенбергу. Выделяют три основные пути исследования механизмов лечебного действия групповой психотерапии: опрос пациентов, прошедших курс групповой психотерапии; изучение теоретических представлений и опыта групповых психотерапевтов (опрос психотерапевтов); проведение экспериментальных исследований, позволяющих выявить взаимосвязи между различными переменными психотерапевтического процесса в группе (например, состав группы, применяемые техники, тактика психотерапевта и пр.) и эффективностью лечения. Подробный анализ механизмов лечебного действия групповой психотерапии представлен в работах Ялома и Кратохвила. Ялом в качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии выделяет следующие.

1. Сообщение информации: получение пациентом в ходе групповой психотерапии разнообразных сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликтов, нервно-психического здоровья и пр.; выяснение причин возникновения и развития нарушений; информация о сущности психотерапии и ходе психотерапевтического процесса; информационный обмен между участниками группы. Подобная информация поступает не столько дидактически, сколько в процессе общения с другими и знакомства с их проблемами.

2. Внушение надежды: появление надежды на успех лечения под влиянием улучшения состояния других пациентов и собственных достижений. Успешные, продвинутые в психотерапии пациенты служат остальным в качестве позитивной модели, открывая им оптимистические перспективы. Наиболее сильно этот фактор действует в открытых психотерапевтических группах.

3. Универсальность страданий: переживание и понимание пациентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфликты, переживания, симптомы. Такое понимание способствует преодолению эгоцентрической позиции и появлению чувства общности и солидарности с другими, а также повышает самооценку.

4. Альтруизм: возможность в процессе групповой психотерапии помогать друг другу, делать что-то для другого. Помогая другим, пациент становится более уверенным в себе, он ощущает себя способным быть полезным и нужным, начинает уважать себя и верить в собственные возможности. Особенно важны такие переживания для пациентов с низкой самооценкой.

5. Корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы: здесь речь идет о переработке проблематики, корни которой лежат в родительской семье пациента. Пациенты обнаруживают в группе проблемы и переживания, идущие из родительской семьи, чувства и способы поведения, характерные для семейных отношении и отношений с родителями в прошлом. При этом исходят из того, что в группе пациент вступает в отношения, играет роли, занимает позиции, сходные с теми, которые были у него в родительской семье: его отношения с психотерапевтом в определенной степени повторяют или воспроизводят его отношения с родителями, а отношения с другими участниками группы — отношения с другими членами семьи (братьями, сестрами и др.). Например, в детстве пациент испытывал недостаток внимания и любви со стороны родителей. Эта потребность являлась фрустрированной (и, как правило, неосознаваемой) и в дальнейшем его поведение во многом может быть направлено на то, чтобы получить эту любовь и признание со стороны окружающих, даже в ущерб удовлетворению других, значимых, «взрослых» потребностей личности В группе такой пациент обычно ведет себя таким образом, чтобы привлечь внимание, добиться расположения, принятия и любви со стороны психотерапевта. Анализируя особенности его взаимодействия с психотерапевтом в группе, можно помочь пациенту увидеть и понять, когда ранее и к кому он испытывал такие же чувства и вел себя подобным образом. Выявление, анализ и осознание прошлых эмоциональных отношений и поведенческих стереотипов, проявляющихся в группе, дает возможность их терапевтической переработки и реконструкции.

6. Развитие техники межличностного общения: пациенты в группе имеют возможность за счет обратной связи и анализа собственных переживаний увидеть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимного принятия изменить его, выработать и закрепить новые, более конструктивные способы поведения и общения.

7. Имитационное поведение: пациент может обучаться более конструктивным способам поведения за счет подражания психотерапевту и другим успешным членам группы. Очевидно, что в большей степени образцом для подражания является психотерапевт, и это накладывает определенные ограничения на его поведение, предъявляет особые требования к его самоконтролю и саморегуляции. Ялом считает, что многие психотерапевты явно недооценивают роль этого фактора, «на самом же деле, у курящих трубку терапевтов получаются курящие трубку пациенты».

8. Интерперсональное влияние: этот фактор является важнейшим и наиболее специфичным для групповой психотерапии. Если все другие факторы в меньшей степени, но действуют и в индивидуальной психотерапии, то этот фактор характеризует основные механизмы лечебного действия именно групповой психотерапии. В этом факторе можно выделить три основных аспекта.

Первое — это получение новой информации о себе за счет обратной связи, что приводит к изменению и расширению представления о себе, образа Я, то есть конфронтация. Второе — это возможность возникновения в группе эмоционально значимых ситуаций, которые были у пациента ранее и с которыми он в прошлом не мог справиться, их вычленение, анализ, осознание и переработка, то есть коррективный эмоциональный опыт. Третье — возможность увидеть в группе особенности своего поведения, его неэффективность и неконструктивность, а также обучение

новым формам поведения и закрепление их в процессе группового взаимодействия, то есть научение.

9. Групповая сплоченность: привлекательность группы для ее членов, желание остаться в группе, чувство принадлежности к группе, доверие, принятие друг другом и группой как целым, чувство «Мы» группы. Групповая сплоченность рассматривается в групповой психотерапии как фактор, аналогичный отношениям «психотерапевт-пациент» в индивидуальной психотерапии.

10. Катарсис: отреагирование, эмоциональная разгрузка, «очищение», выражение сильных чувств в группе.

Кратохвил в качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии указывает следующие: участие в группе, эмоциональную поддержку, самоисследование и самоуправление, обратную связь или конфронтацию, контроль, коррективный эмоциональный опыт, проверку и обучение новым способам поведения, получение информации и развитие социальных навыков.

В качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии пациенты чаще указывают: осознание (самого себя и других людей), переживание в группе положительных эмоций (в отношении самого себя, других членов группы и группы в целом, положительных эмоций других членов группы), приобретение новых способов поведения и эмоционального реагирования (прежде всего, межличностного взаимодействия и поведения в эмоционально напряженных ситуациях).

Если сгруппировать механизмы лечебного действия групповой психотерапии, описываемые различными авторами, а также учесть результаты опроса пациентов, то можно выделить три основных механизма. Это — конфронтация, корригирующее эмоциональное переживание (коррективный эмоциональный опыт) и научение, которые охватывают все три плоскости изменений — когнитивную, эмоциональную и поведенческую.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом лечебного действия групповой психотерапии. Конфронтация понимается как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется за счет обратной связи между членами группы и группой как целым. Понятие обратной связи является очень важным для групповой психотерапии. Вообще феномен обратной связи проявляется в тех ситуациях, когда субъект восприятия имеет возможность получить от партнера по общению информацию о том, как он воспринимается. Таким образом, обратная связь является источником информации для человека, но как источник информации отличается от интепретации. Интерпретация может быть неадекватной, неточной, искаженной под влиянием собственной проекции интерпретатора. В отличие от интерпретации, обратная связь в строгом ее понимании уже сама по себе «правильна», она является информацией о том, как реагируют другие на поведение человека. Вопрос о том, может ли обратная связь содержать элементы интерпретации, однозначного ответа не находит.

В психотерапевтической группе, благодаря наличию обратной связи, каждый из участников получает информацию о том, какие реакции у окружающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, как они реагируют на его поведение, как понимают и интерпретируют его, как его поведение воздействует на других, в каких случаях его интерпретация эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию окружающих, каковы, с точки зрения других, цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением и т. д. Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить собственную роль в типичных для него межличностных конфликтах и тем самым осознать собственные проблемы, соотнося прошлое и настоящее.

Обратная связь существует и в рамках индивидуальной психотерапии, однако здесь ее содержание весьма ограниченно. В групповой психотерапии обратная связь многопланова, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Психотерапевтическая группа предоставляет пациенту не просто обратную связь — информацию о том, как он воспринимается другим человеком, но дифференцированную обратную связь, обратную связь от всех участников группы, которые могут по-разному воспринимать и понимать его поведение и по-разному на него реагировать. Таким образом, пациент видит себя во множестве «зеркал», по разному отражающих различные стороны его личности. Дифференцированная обратная связь дает не только разноплановую информацию для совершенствования самопонимания, но и помогает пациенту научиться различать собственное

поведение. Реакция самого пациента на информацию, содержащуюся в обратной связи, также представляет интерес как для других участников группы, так и для самого пациента, позволяя ему увидеть значимые аспекты собственной личности и свои реакции на рассогласование образа Я с восприятием окружающих. Переработка и интеграция содержания обратной связи в процессе групповой психотерапии обеспечивает коррекцию неадекватных личностных образований и способствует формированию более целостного и адекватного образа Я, представления о себе и самопонимания в целом. Расширение (или формирование) образа Я за счет интеграции содержания обратной связи является процессом, присущим не только психотерапии, но и процессу формирования и развития человеческой личности. Известно, что становление отношения к себе, самооценки, образа Я в целом происходит у ребенка только в условиях определенной группы (семьи, группы сверстников и пр.) под воздействием отраженных оценок окружающих. Групповая психотерапия использует обратную связь для коррекции неадекватного представления о себе и самопонимания в целом.

Для создания в психотерапевтической группе эффективной системы обратной связи необходима определенная атмосфера, характеризующаяся, прежде всего, взаимным принятием, чувством психологической безопасности, доброжелательностью, взаимной заинтересованностью, а также наличием у пациентов мотивации к участию в работе психотерапевтической группы и проявлением «размораживания», при котором участники группы готовы и могут быть искренними, открытыми и отказаться от привычных, сложившихся способов восприятия и взаимодействия, обнаружив их недостаточность и несовершенство. Обратная связь в группе более эффективна, если она не отсрочена, то есть если предоставляется пациенту непосредственно в момент наблюдения его поведения, а не через некоторое время, когда ситуация перестает быть актуальной и значимой или когда уже вступили в действие механизмы психологической защиты. Эффективная обратная связь является в большей степени описательной или содержит скорее эмоциональные реакции на поведение участника группы, чем интерпретации, оценки и критику. Более эффективной будет также дифференцированная обратная связь, поступающая к пациенту от нескольких участников группы, поскольку она представляется ему более достоверной и может оказать на него большее влияние.

В самосознании или образе Я выделяют 4 области: открытую — то, что знает о себе сам человек и знают о нем другие; закрытую или неизвестную — то, что человек не знает о себе и не знают о нем другие; скрытую — то, что человек знает о себе сам, но не знают другие; слепую — то, что человек не знает о себе, но знают другие. Обратная связь несет информацию, позволяющую пациенту уменьшить именно последнюю, слепую область самосознания и тем самым расширять и повышать адекватность собственного образа Я.

Корригирующее эмоциональное переживание, или коррективный эмоциональный опыт включает несколько аспектов, и прежде всего — эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его группой, признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из него самого, его собственных отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации, которая часто не соответствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе затрудняют восприятие этой информации, обостряя действие психологических защитных механизмов. Более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым новой информации и новому опыту. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает положительное стабилизирующее воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и, таким образом, корригирует такой важнейший элемент системы отношений, как отношение к себе. Реконструкция отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента группой способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом групповых психотерапевтических норм, повышает его активность, ответственность, создает условия для самораскрытия.

Корригирующее эмоциональное переживание также связано с переживанием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) группового опыта. Возникновение в группе различных эмоциональных ситуаций, которые были у пациента ранее в реальной жизни и с которыми он тогда не смог справиться, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти

переживания, проанализировать и переработать их, а также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. При этом вовсе не обязательно, чтобы эти ситуации были абсолютно идентичными по содержанию, в данном случае речь идет скорее о повторении эмоциональных состояний, совпадении сопровождающих их эмоций. Еще один аспект корригирующего эмоционального переживания связан с проекций на групповую ситуацию эмоционального опыта, полученного в родительской семье. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической группе позволяет пациенту в значительной степени переработать и разрешить эмоциональные проблемы, уходящие корнями в детство.

Научение в процессе групповой психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в котором он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и таким образом создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, собственного поведения, позволяет вычленить в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания. Групповая ситуация является ситуацией иного, реального, эмоционального межличностного взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных стереотипов поведения и выработку навыков полноценного общения. Эти перемены подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются другими.

Механизмы лечебного действия семейной психотерапии. Под семейной психотерапией принято понимать комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи. Семейная психотерапия является разновидностью групповой психотерапии, поэтому многие психотерапевтические техники, применяемые в работе с семьями, относятся к приемам групповой психотерапии.

Основными механизмами лечебного действия семейной психотерапии считаются эмоциональное сплочение и поддержка, обратная связь. Если эмоциональное сплочение возникает через сопоставление индивидуальных целей членов семьи, обмен мнениями, надеждами, опасениями и устойчиво прослеживается на всех этапах семейной психотерапии, то обучение членов семьи обратной связи успешно после присоединения психотерапевта к семье как к целостной системе. Способность членов семьи давать и принимать неискаженную обратную связь является свидетельством «созревания» семьи и перехода от присоединения и формулирования психотерапевтического запроса к этапу реконструкции семейных отношений.

В семейной психотерапии, так же как и в групповой, выделяют следующие механизмы лечебного действия: 1) эмоциональное сплочение и поддержка; 2) отреагирование (приобретение навыков соответствующего адресования и проявления эмоций, особенно отрицательных); 3) получение обратной связи от участников психотерапии; 4) предоставление обратной связи; 5) универсальность; 6) коррективная рекапитуляция основной семейной группы; 7) научение (обмен опытом решения проблем); 8) идентификация; 9) инсайт, осознание экзистенциальных аспектов бытия; 10) альтруизм. Наиболее важными механизмами, которые формируются первыми и оказывают самое интенсивное влияние на коррекцию дисфункциональных отношений в семьях, признаны первые четыре.

В качестве механизмов лечебного действия рассматривается и ряд других, специфичных для семейной психотерапии. В последнее десятилетие разработана технология присоединения психотерапевта к семье как системе и к отдельным ее членам, что существенно катализирует процесс семейной психотерапии: 1) установление конструктивной дистанции; 2) приемы мимезиса и синхронизации дыхания психотерапевта и заявителя проблемы; 3) присоединение по просодическим характеристикам речи к заявителю проблемы и использование в речи предикатов, отражающих доминирующую репрезентативную систему этого заявителя; 4) принятие психотерапевтом «семейного мифа» и сохранение семейного «статус-кво», то есть публичного защитного образа и той структуры семейных ролей, которые демонстрирует семья во время психотерапии. Эти действия психотерапевта способствуют снижению уровня эмоционального напряжения и тревоги, которые есть у членов семьи, впервые решившихся на раскрытие семейных тайн объективному наблюдателю.

Разработана технология формулирования психотерапевтического запроса, создающая условия для резонанса целей, паттернов эмоционального реагирования у участников психотерапии, вследствие чего катализируется сам процесс семейной психотерапии. Использование парадигмы системного подхода способствовало изменению роли семейного психотерапевта: из роли объективного, директивного, принимающего и отстраненного интерпретатора он перешел в роль директивного, эмпатичного и отстраненного, но включенного в контекст семейных отношений в

качестве одного из элементов. Этот элемент имеет личностный и профессиональный ресурс и устанавливает связи между другими элементами семейной системы путем инициатив, инструкций, исходя из требований психотерапевтического запроса. Инициативы психотерапевта адресованы представителям разных подсистем семьи с целью активизации их деятельности и тем самым ослабления активности других подсистем. Психотерапевт также создает условия для того, чтобы члены семьи устанавливали такие внешние и внутренние границы, при которых был бы возможен свободный обмен энергией и информацией. Такие действия психотерапевта вызывают в семейной системе сильные флюктуации, в результате которых семейная система пробует усложнять и дифференцировать свой опыт приспособительного поведения.

Исследования, проведенные в последние годы, показали, что резонанс целей, достигаемый в процессе психотерапии, проработка целеполагания («создание рамки психотерапевтических целей» на фоне трансовых изменений сознания) также относятся к эффективным механизмам лечебного действия в семейной психотерапии и консультировании.

Контрольные вопросы

1. Специфическим механизмом лечебного действия индивидуальной психотерапии является:
   1) универсальность страданий;
   2) интерперсональное влияние;
   3) самоэксплорация;
   4) эмоциональное сплочение и поддержка.
2. Специфическим механизмом лечебного действия групповой психотерапии является:
   1) забота;
   2) внушение;
   3) десенсибилизация;
   4) конфронтация.
3. Специфическим механизмом лечебного действия семейной психотерапии является:
   1) альтруизм;
   2) косвенное внушение;
   3) имитационное поведение;
   4) установление конструктивной дистанции.

Взаимоотношения врача и больного в психотерапии.

Вопросы взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии являются частью более широкой проблемы взаимоотношений врача и больного вообще, как раздела медицинской этики (науки о роли морально-нравственных начал в деятельности врача и других медицинских работников) и медицинской деонтологии (составной части медицинской этики, изучающей правила поведения медицинского персонала).

В многочисленных, в том числе монографических, исследованиях отечественных и зарубежных авторов подчеркивается зависимость основных принципов и содержания проблемы взаимоотношений врача и больного от общественного сознания и морально-этических норм общества.

Особое значение взаимоотношения врача и больного приобретают в области психотерапии, где они выступают в качестве одного из наиболее значимых факторов лечения, от которого зависит успех его в целом (Консторум, Мясищев, Роджерс).

Из-за специфики психотерапии врач-психотерапевт в той или иной мере привносит во взаимоотношение с пациентом своеобразие своей личности, собственной системы ценностей, предпочитаемых теоретических ориентации и психотерапевтических технологий. Для разных направлений психотерапии характерны различные акценты в оценке значимости личностных качеств психотерапевта или психотерапевтических приемов для эффективности лечения. Это различие обнаруживается при сопоставлении психодинамической, поведенческой, клиент-центрированной, рационально-эмоциональной психотерапии.

Психоанализ с первых же своих шагов подчеркнул терапевтическую ценность непосредственного общения врача с больным в качестве основного средства глубокого проникновения в психику человека. В психодинамической психотерапии в соответствии с

особенностями психоаналитической ситуации врач занимает позицию эмпатической объективности, сдержанности и нейтралитета. Термин «нейтралитет» не подразумевает безразличие, пассивность, он используется для описания общего отношения врача и включает в себя профессиональный кодекс, то есть уважение к индивидуальности пациента, его праву быть хозяином своей жизни, не допускать, чтобы в нее вторгались или ее нарушали бы собственные предпочтения и потребности аналитика. В ходе классического психоанализа поведение врача определяется утверждением Фрейда, что аналитик подобен экрану по отношению к пациенту, отражает его проявления и не вносит собственных чувств и личностных ценностей, а также соблюдает «технический нейтралитет», чтобы предотвратить возможность переносных эротических притязаний на него больного.

Перенос (перенесение, трансфер). Перенос пациентом на психоаналитика чувств, испытываемых им к другим людям в раннем детстве, то есть проекция ранних детских отношений и желаний на другое лицо. Первоначальные источники реакций переноса — значимые люди ранних лет жизни ребенка. Обычно это родители, воспитатели, с которыми связаны любовь, комфорт и наказание, а также братья, сестры и соперники. Реакции переноса могут обусловливаться более поздними отношениями с людьми, и даже современниками, но тогда анализ вскроет, что эти позднейшие источники вторичны и сами произошли от значимых лиц раннего детства.

Реакции переноса в позднейшей жизни более вероятны по отношению к людям, которые выполняют специальные функции, первоначально принадлежавшие родителям. Следовательно, возлюбленные, руководители, учителя, актеры, психотерапевты и знаменитости особенно активизируют перенос. Все человеческие отношения содержат смесь реальных реакций и реакций переноса. В повседневной жизни перенос возникает самопроизвольно, в том числе в отношениях больного к врачу (это явление, в основном, бессознательное). Перенос может переживаться как эмоции, побуждения, фантазии, отношения, идеи или же защиты против них, которые всегда неуместны, неподходящи в настоящем, тогда как в прошлом были вполне адекватными реакциями.

Больной переносит на врача гамму нежных и часто смешанных с враждебностью чувств. В зависимости от их характера (нежно-дружеские или злобно-ревнивые), перенос может быть позитивным или негативным. Появление этих тенденций не вызывается какими-либо реальными отношениями и связано с давними, сделавшимися бессознательными фантазиями-желаниями. Ту часть своей жизни, которую больной не может вспомнить, он снова переживает в своем отношении к врачу. Так, перенос на врача интенсивных нежных чувств не может быть объяснен ни поведением врача, ни сложившимися во время лечения взаимоотношениями. Перенос иногда проявляется в бурном требовании любви, иногда в более умеренных формах; вместо желания быть возлюбленной у молодой девушки может возникнуть желание стать любимой дочерью старого мужчины. У пациентов-мужчин дела обстоят несколько иначе. Та же привязанность к врачу, та же переоценка его качеств, та же поглощенность его интересами, та же ревность по отношению ко всем, близким ему, но чаще, чем у женщин, наблюдается враждебный, или негативный, перенос. Враждебность, так же как и нежность, означает чувственную привязанность, подобно тому как упрямство — ту же зависимость, что и послушание, хотя и с противоположным знаком.

Фрейд, впервые описавший явление переноса и сделавший его предметом научного изучения, исключает подчинение подобным, исходящим из переноса требованиям пациента. Перенос преодолевается указанием больному на то, что его чувства не вызваны данной ситуацией и относятся не к личности врача, а повторяют то, что с ним уже было раньше. Таким образом повторение необходимо превратить в воспоминание. Тогда перенос (нежный или враждебный), казавшийся значительной помехой лечению, становится лучшим его орудием, открывающим самые сокровенные тайники душевной жизни. Перенос является носителем жизненно важной информации о прошлом пациента, о его репрессированной истории.

Наряду с переносом существует явление *контрпереноса,* включающее собственные чувства врача, его отношение к пациенту. Иными словами, контрперенос — это реакция переноса у психоаналитика по отношению к пациенту, когда психоаналитик реагирует на своего пациента так же, как на значимую личность в ранней истории своей жизни.

Контрперенос наиболее часто заводит психоаналитическое лечение в тупик, так как врач невольно препятствует полному развитию реакций переноса больного. Например, чрезмерная теплота со стороны психоаналитика может мешать развитию враждебных реакций негативного переноса. Может быть неполной интерпретация некоторых аспектов реакций переноса; скука психоаналитика говорит о том, что его фантазии по отношению к пациенту заблокированы

реакцией контрпереноса. Он может привести к продолжительному неуместному поведению врача по отношению к пациенту в форме стойкого непонимания или поощрения, успокоения и разрешения.

Реакции контрпереноса необходимо выявлять и сдерживать. В таких случаях психоаналитику следует проанализировать свое поведение контрпереноса, то есть провести «психоаналитическое очищение». Фрейд сравнивал психоаналитика с зеркалом: «Врач не должен показывать пациентам ничего, кроме того, что показывают ему». Другими словами, необходимо соблюдать эмоциональную анонимность.

Однако подобная анонимность не тождественна молчанию и пассивности психоаналитика, что в отдельных ситуациях будет воспринято пациентом как отсутствие заботы и беспокойства о нем и явится препятствием на пути к терапевтическому успеху. Более того, пассивность психоаналитика может рассматриваться как следствие контрпереноса. В современном психоанализе проявление врачом собственных реакций и чувств допустимо и даже желательно, однако речь идет о реалистических чувствах, а не о чувствах контрпереноса.

В последнее время контрперенос изменил свое первоначальное значение и употребляется для описания почти всех эмоциональных реакций психотерапевта на пациента. Такие реакции могут быть источником лучшего понимания пациента. Отмечая собственные эмоциональные реакции и оценки, психотерапевт рассматривает их как отражение сигналов, идущих от больного, находящегося в состоянии внутреннего конфликта. Использование понимаемого таким образом контрпереноса (но не импульсивного отреагирования!) может стать действенным терапевтическим инструментом.

В аналитической психологии Юнга решающую роль в успехе психотерапии играют не столько узкоспециальные знания психотерапевта, сколько степень его развития как личности. По этой причине Юнг первым ввел обязательный учебно-тренировочный анализ для всех желающих профессионально заниматься аналитической психологией. Он настаивал на необходимости рационального, разумного контакта между аналитиком и пациентом. Врач, стремящийся к пониманию больного, приближается в процессе анализа к своему собственному бессознательному и сталкивается с тем, что превращает его в «раненого целителя». Юнг был одним из первых, кто использовал контрперенос как терапевтический инструмент, он считал его важным источником информации для психотерапевта. Аналитик способен настроиться на внутренний мир пациента в такой степени, что начнет чувствовать или вести себя в манере, которую позднее может осознать как продолжение психических процессов, спроецированных на него.

Особенности личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии диктуют психотерапевту активный, но гибкий стиль поведения, преимущественно с эмпатическим подходом, при котором удается избежать крайностей директивного и недирективного стилей.

Противоположным является поведение психотерапевта в ходе **поведенческой психотерапии.** В этом случае врач, как правило, директивно управляет лечебным процессом и добивается желаемых целей, используя определенные психотерапевтические приемы. Важными свойствами психотерапевта являются профессиональная манипуляция процессом взаимодействия с пациентом, умение поощрять и подкреплять его полезные реакции, убеждать и скрыто внушать. Вместе с инструкциями он дает советы и рекомендации, выступает в роли учителя.

В рамках гуманистического направления в психотерапии вопросы взаимоотношения психотерапевта и пациента особенно хорошо разработаны в **клиент-центрированной психотерапии** Роджерса.

В известной триаде Роджерса психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом является аутентичным (от греч. authentikos — подлинный). Аутентичность — понятие, разработанное в гуманистической психологии и психотерапии, отражающее одну из важнейших интегративных характеристик личности. Границы понятия «аутентичность» нечетки, часто в качестве синонимов этого термина используются такие определения как «конгруэнтность», «полноценно функционирующая личность», «свобода», «самоактуализация», «самость», «целостная личность». Он стремится сохранить безусловную положительную позицию по отношению к больному, принимая (акцептируя) его с уважением как личность, и быть эмпатичным (сопереживающим). Таковы условия успешного психотерапевтического процесса, которые в целом достаточны, независимо от частных характеристик самого пациента.

1. Психотерапевт конгруэнтен в отношениях с пациентом.

Конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта означает необходимость правильной символизации психотерапевтом его собственного опыта. Под опытом понимаются как неосознаваемые события, так и феномены, представленные в сознании (все, что потенциально

доступно сознанию) и относящиеся к определенному моменту, а не к некоторой совокупности прошлого опыта. Открытость опыту означает, что каждый стимул, внутренний или из внешней среды, не искажается защитным механизмом (как относительно эмоциональной окраски, так и относительно воспринимаемого значения). Форма, цвет или звук из окружающей среды, или следы памяти из прошлого, или висцеральные ощущения, страх, наслаждение, отвращение и т. д. — все это вполне доступно для индивидуального сознания. Осознание — это символическая репрезентация, не обязательно в виде вербальных символов, некоторой части опыта.

Когда Я-переживание (то есть информация о воздействии сенсорных или висцеральных событий в данный момент) символизируется правильно и включается в Я-концепцию (представление о себе самом), тогда возникает состояние конгруэнтности Я и опыта. У личности, открытой для опыта, Я-концепция символизируется в сознании вполне конгруэнтно с опытом. Если психотерапевт переживает угрозу или дискомфорт в отношениях, а осознает лишь принятие и понимание, то он не будет конгруэнтен в данных отношениях и психотерапия не будет полноценной. Не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он всегда был конгруэнтной личностью. Достаточно, чтобы каждый раз при непосредственных отношениях с определенным индивидом он целиком и полностью был бы самим собой, со всеми присущими ему переживаниями данного момента, правильно символизированными и интегрированными.

2. Психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по отношению к пациенту.

Обычно в определение положительной оценки входят такие понятия, как сердечность, расположение, уважение, симпатия, принятие и др. Безусловно, положительно оценивать другого — значит оценивать его позитивно, независимо от того, какие чувства вызывают определенные его поступки. Поступки могут оцениваться по-разному, но принятие, признание индивида не зависят от них. Психотерапевт ценит личность пациента в целом, он в равной мере чувствует и проявляет безусловную положительную оценку как тех переживаний, которых боится иди стыдится сам пациент, так и тех, которыми тот доволен или удовлетворен.

3. Психотерапевт эмпатически воспринимает пациента.

Обладать эмпатией — означает воспринимать субъективный мир, охватывающий весь комплекс ощущений, восприятий и воспоминаний другого, доступных сознанию в данный момент, воспринимать правильно, с присущими эмоциональными компонентами и значениями, как если бы воспринимающий сам был этим другим человеком. Это значит — ощущать боль или удовольствие другого так, как чувствует это он сам, и относиться, как он, к причинам, их породившим, но при этом ни на минуту не забывать о том, что это «как если бы» (если это условие утрачивается, то данное состояние становится состоянием идентификации). Знания субъективного мира пациента, полученные эмпатически, приводят к пониманию основы его поведения и процесса изменения личности.

Современное понимание эмпатии как постижения эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: эмоциональной эмпатии, основанной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции.

Врачи-психотерапевты с высоким уровнем эмпатии — это чаще молодые начинающие врачи с небольшим стажем работы, характеризующиеся сенситивностью, неуверенностью в себе, тревожностью, ответственностью. Достаточно низкий уровень удовлетворенности настоящей жизненной ситуацией при более высоких показателях надежд на будущее свидетельствует об относительно низкой социальной уверенности в своей профессиональной компетенции, что в общем характерно для молодых специалистов с небольшим профессиональным опытом. Для этой подгруппы типична общая тенденция эмоциональной включенности в проблемы пациентов; сопереживая, они строят процесс общения за счет отдачи своего эмоционального потенциала. Таким образом, для врачей-психотерапевтов с высокой эмпатией характерен эмоциональный вид эмпатии.

Врачи-психотерапевты со средним уровнем эмпатии отличаются в целом адекватной самооценкой, уравновешенностью, социальной уверенностью, высоким личностным потенциалом и высокой степенью адаптации к жизненным ситуациям, что подтверждается такими экспериментально-психологическими показателями, как уровень удовлетворенности жизнью с адекватно-реалистическим взглядом на жизненные перспективы, современную жизненную ситуацию и на прошлый опыт. Следовательно, психотерапевтов со средним уровнем эмпатии можно охарактеризовать, как людей не только стремящихся к пониманию пациента и имеющих

большой профессиональный опыт, но и обладающих прогностической способностью, а также высокой коммуникативной компетенцией. Из этого следует, что для врачей-психотерапевтов этой подгруппы характерна когнитивная и предикативная эмпатия, проявляющиеся в способности прогнозировать аффективные реакции пациента.

Для врачей-психотерапевтов с более низким уровнем эмпатии характерны усталость от жизненных невзгод, общая астенизация, погруженность в личностные невзгоды, сосредоточенность на собственном Я. Высокая оценка уровня своих достижений и достаточно высокий уровень надежд на будущее контрастирует с очень низкими показателями удовлетворенности настоящей жизненной ситуацией. Это свидетельствует о том, что у врачей-психотерапевтов с низким уровнем эмпатии возможны различные ее виды с преобладанием эмоциональной эмпатии (диаграмма 1).

Уровень эмпатии врача	Эмоциональный вид эмпатии, %	Когнитивный вид эмпатии, %	Предикативный вид эмпатии, %
Высокий	53,5	17,9	28,6
Средний	13,6	36,4	50
Низкий	53,8	30,8	15,4

Диаграмма 1. Соотношение различных видов эмпатии у врачей-психотерапевтов (по Козиной).

Представители гуманистической психотерапии полагают, что при отсутствии триады (качеств психотерапевта) Роджерса психотерапевтический процесс не может быть полноценным. Каждый психотерапевт отвечает этим условиям до некоторой определенной степени, и, как замечает Роджерс, «одни несовершенные люди способны оказывать психотерапевтическую помощь другим, также несовершенным людям»; однако чем более выражены эти условия, тем более успешным будет психотерапевтический процесс и тем более значительной будет степень происходящей при этом интеграции личности.

Стиль работы психотерапевта в ходе **рационально-эмоциональной психотерапии** определяется необходимостью активного сотрудничества пациента по типу партнерства на всех стадиях психотерапии. Установлению оптимального взаимодействия помогают такие характеристики психотерапевта, как способность к эмпатии, дозируемая открытость, умение сосредоточиться на конкретной проблеме и не уходить при необходимости от конфронтации. Взаимоотношения временами могут приобретать образовательный характер по типу учебного союза «учитель-ученик».

Психотерапевту необходимо знать свои *коммуникативные* особенности, способы преодоления трудностей в жизни, свои проблемы. Нередко бессознательная потребность врача в подчинении и одобрении со стороны пациента, чрезмерное стремление руководить им и опекать его, нетерпимость к противодействию, негативным реакциям или агрессивности больного затрудняют установление надлежащего контакта. Отрицательно на ход психотерапии может влиять заниженная самооценка психотерапевта, неуверенность, пассивность, поиск признания. Кроме того, сам процесс психотерапии может быть источником психологического дискомфорта для специалиста. С одной стороны, он не должен вовлекаться в переживания больного, чтобы объективно оценивать ситуацию, а с другой — следует быть открытым для его чувств, чтобы понять его. Врач обязан сохранять самообладание при отрицательных реакциях пациента по отношению к нему.

Ниже в схематическом виде представлены ролевые стратегии, принимаемы психотерапевтом во взаимоотношениях с пациентом.

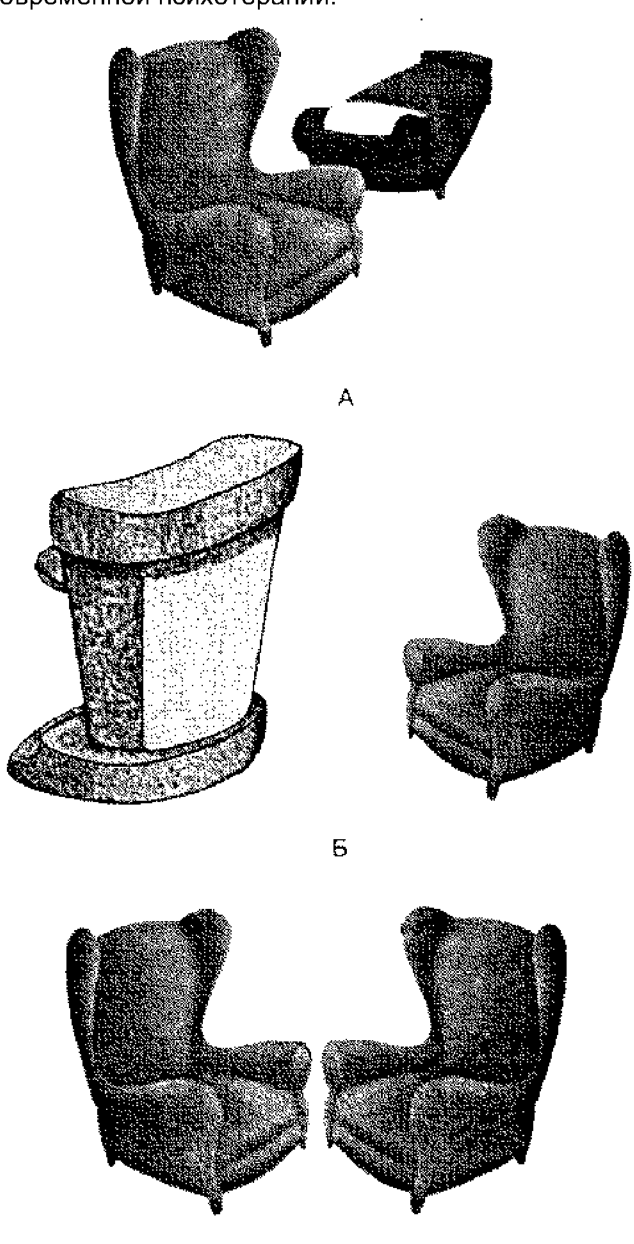
Ведущие параметры: авторитарность — партнерство в выборе целей и задач психотерапии и директивность — недирективность в их технической реализации, являющаяся одновременно мерой разделения ответственности за результаты психотерапии и активности психотерапевта.

Предлагаемая схема, опирающаяся на оси авторитарности — партнерства и директивности — недирективности, позволяет разграничить метафорически описываемые «родительские и

партнерские» позиции. Выбор позиции, с одной стороны, зависит от индивидуальных особенностей психотерапевта и установок пациента (высокая экстернальность коррелирует с предпочтением авторитарных и директивных психотерапевтов), а с другой — диктуется концептуальной позицией («школой») психотерапевта и техническими особенностями используемых методов психотерапии. Авторитарная позиция «отца» характерна для реализации поведенческих и суггестивных методов, а «матери» — для медитативных техник. Позиция «сестры» адекватна клиент-центрированной психотерапии, нейтральная позиция «зеркала» — психодинамическим методам и позиция «директивного брата» — позитивной психотерапии. Показателем профессионализма психотерапевта является его способность сознательно и пластично занимать различные позиции, исходя из интересов пациента и требований используемых методов.

Авторитарная позиция «сверху» подразумевает отношение к пациенту как к «объекту» врачебных манипуляций, сопровождается пространственным дистанцированием (гипнотизер, возвышающийся над своими пациентами) и подкрепляется имиджем «всезнающего мудреца». Более современный партнерский подход базируется на видении пациента в качестве равноправного «субъекта», на пространственном расположении «лицом к лицу» или «плечом к плечу в кругу», на демократичном образе психотерапевта («простого парня» или «затейника»).

На рис. 4 в схематическом виде представлено расположение психотерапевта и пациента в трех основных направлениях современной психотерапии.



В

Рис. 4. В символическом виде представлено расположение врача и больного в ходе психотерапии: А — психоаналитической; Б — поведенческой; В — гуманистической.

Этико-деонтологические аспекты психотерапии. В современной медицине, несмотря на все многообразие врачебного нравственного опыта, сосуществуют 4 модели, опирающиеся на основополагающие принципы — «не навреди», «делай добро», «соблюдение долга» и «уважение прав и достоинства личности».

Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократа (460-377 гг. до н. э.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах» и др. Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, является основной чертой профессиональной врачебной этики. Ту часть врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента с учетом социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, можно назвать «моделью Гиппократа». Речь идет об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантии не причинения вреда. Основополагающим для модели Гиппократа является принцип «не навреди», который фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия: «Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому» («Клятва»). Это исходная профессиональная гарантия, которая может рассматриваться как условие признания врача обществом и каждым человеком, который доверяет врачу свое здоровье и жизнь.

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в Средние века. Выразить ее особенно четко удалось Парацельсу (1493-1541).

«Модель Парацельса» — это форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели завоевывается социальное доверие личности пациента, то «модель Парацельса» — это учет эмоционально-психических особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс. В границах «модели Парацельса» в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента, для которой характерны положительные психоэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, «целебность», «божественность» самого контакта врача и больного. Не удивительно, что основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, является принцип «делай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание — это организованное осуществление добра. Парацельс писал: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства — любовь».

Следующей в историческом развитии медицинской этики кристаллизовалась деонтологическая модель. Впервые термин «деонтология» ввел английский философ Бентам (1748-1832), обозначая этим понятием науку о долге, моральной обязанности нравственного совершенства и безупречности. Деонтология особенно важна в той профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия. В медицине это — соответствие поведения врача определенным этическим нормативам. Основой деонтологии является отношение к больному таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе. Глубокую сущность деонтологии врачевания раскрывает символическое высказывание голландского врача XVII века Ван Туль-Пси: «Светя другим, сгораю сам».

Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и по помыслам), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками. «Соблюдать долг» — это значит выполнять определенные требования. Недолжный поступок — тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, всего общества и его собственной воли и разума. Когда правила поведения открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип «соблюдения долга» не признает оправданий при уклонении от его выполнения. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию

«долга», то он соответствует избранной профессии, а если нет, то должен покинуть данное профессиональное сообщество.

В 60-70-х годах XX века формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Ван Ренселлером Поттером в 1969 г. был предложен термин «биоэтика» (этика жизни), который раскрывается как «систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов». Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности». Под влиянием этого принципа меняется решение основного вопроса медицинской этики — вопроса об отношениях врача и пациента. Сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в ряде новых моделей взаимоотношения врача и больного. Информационная, совещательная, интерпретационная модели являются формой защиты прав и достоинства человека. С другой стороны, в современной медицине речь идет уже не только о помощи больному, но и о возможностях управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными физическими и метафизическими (нравственными) последствиями этого для человеческой популяции в целом.

Биоэтика — это современная форма традиционной профессиональной биомедицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчиняется сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода. Регулирование отношений со сверхзадачей сохранения жизни непосредственно связано с самой сутью и назначением морали вообще. Сегодня «этическое» становится формой защиты «природно-биологического» от чрезмерных притязаний культуры к своим естественно-природным основаниям. Биоэтика как конкретная форма этического возникает из потребности природы защитить себя от мощи культуры в виде ее крайних претензий на преобразование и изменение «природно-биологического».

В 90-х годах XX века биоэтика принимает форму понятия, включающего всю совокупность социально-этических проблем современной медицины, среди которых одной из ведущих оказывается проблема социальной защиты права человека не только на самоопределение, но и на жизнь. Биоэтика играет важную роль в формировании у общества уважения к правам человека.

Исторический и логический анализ развития этики врачевания приводит к следующему выводу. Современной формой медицинской этики является биомедицинская этика, функционирующая в виде всех четырех исторических моделей — модели Гиппократа и Парацельса, деонтологической модели и биоэтики. Связь научно-практической деятельности и нравственности сегодня — одно из условий существования и выживания современной цивилизации.

Ни в одной другой области медицины этические проблемы не приобретают столь существенного значения, как в психотерапии — и во время установления контакта с больным, и в процессе проведения лечения, и при достижении психотерапевтических результатов. Первый вопрос, возникающий при встрече психотерапевта с больным, касается согласия последнего на проведение психотерапии, в особенности когда речь идет о его участии в занятиях психотерапевтической группы. Как замечают Хёк и Кёниг, лечение методами психотерапии не назначается — о нем договариваются.

Больной относительно редко готов признать психогенную природу своего заболевания; он принимает это скорее косвенно, самим фактом согласия пройти курс психотерапии. Однако и в случае, когда пациент не отрицает значения психотравмирующих влияний в развитии его болезни, признание им собственной роли в ее возникновении носит весьма ограниченный характер. Сопротивление психотерапевтическому контакту и отрицание психических конфликтов связаны с формированием в сознании больного более престижной в социальном плане биологической концепции болезни. Сами психотравмы при этом выступают как одна из многих возможных и равноценных экзогений, нарушающих гомеостаз. Более того, в основе концепции болезни у многих пациентов лежит следующая мысль: «Я являюсь таким, каким меня сделали причинные и предрасполагающие моменты этиопатогенеза, я лишь пассивный продукт воздействующих на меня факторов, игрушка в руках объективных обстоятельств, которые на меня повлияли». Поэтому хотя и не следует, как это делается в некоторых школах с экзистенциальной ориентацией, приписывать больному с психогенным расстройством чувство вины или обязательства перед обществом, вполне уместно требовать от него посильного участия в лечебном процессе: лучшего понимания причинных связей между его болезнью, с одной стороны, и жизненными ситуациями — с другой, осознания собственной роли в генезе болезни.

Вторжение знахарства в пограничные с психотерапией области привлекает в этико-деонтологическом плане внимание к ряду вопросов. В своем становлении в качестве науки психотерапия должна решить сегодня важнейшую задачу — определить границы собственных

возможностей и действовать в их пределах. Вместе с тем в реальных условиях своего развития она все еще способствует возникновению различного рода фантазий и нереалистических отношений, которые исчезают лишь по мере накопления знаний и опыта. Врачей, которые с удивительным легкомыслием направо и налево обещают больным легкое выздоровление, еще Мериме называл «торговцами надеждой». И это отнюдь не противоречит положению о том, что психотерапия в различных ее формах должна включаться в систему лечебно-реабилитационных воздействий при различных заболеваниях, в том числе органической природы. Она необходима также пациентам с прогрессирующими и даже смертельными заболеваниями. В этическом плане речь идет лишь о постановке психотерапевтом клинически ясных целей не только для себя, но и в отношении пациента.

С учетом современного этапа развития психотерапии следует признать противоречащим медицинской этике использование таких методик, которые хотя и дают временный эффект, но являются псевдонаучными по своей природе или по своему обоснованию, поскольку в конечном счете это тормозит превращение психотерапии в подлинно научную дисциплину. Как не вспомнить слова Кречмера о том, что «современному врачу отвратительна роль волшебника». Поддержание уровня своей подготовки в соответствии с требованиями психотерапевтической науки следует рассматривать как важнейший этический аспект деятельности психотерапевта.

Ряд этических вопросов связан с влиянием взаимоотношений врача и больного на диагностику, ход лечения, его завершение. Не отрицая роли объективных клинических проявлений, позволяющих дифференцировать, например, группу пограничных состояний, нужно подчеркнуть влияние на диагностику отношения врача к больному. Отрицательное отношение (спонтанное или под влиянием родственников) может «обеспечить» диагноз психопатии, а сочувствие больному, эмоциональное принятие его ведет к постановке диагноза невроза.

С улучшением психотерапевтической помощи возрастает проблема зависимости больного от психотерапевта. Психотерапия может приводить к этой зависимости в не меньшей степени, чем иные лекарственные средства. В условиях преимущественно оплачиваемой психотерапевтической помощи эта проблема обостряется. Тех, кто считает, что им нужна психотерапия, с тревогой пишет Шепард, легче всего эксплуатировать: это слабые, неуверенные, одинокие, нервные люди, чье отчаяние порой настолько велико, что они готовы сделать и оплатить что угодно, лишь бы немного улучшить свое состояние. И далее автор пишет, что психотерапия — это ограниченная профессия тех специалистов, кто прошел соответствующую подготовку и желает придерживаться надлежащего этического кодекса.

В процессе лечения психотерапевт может оказаться в определенной неосознанной зависимости от пациента, поскольку общение с ним может повышать его самооценку, способствовать самоутверждению. Одна из профессиональных болезней психотерапевта — его желание выступать в роли пророка и волшебника; он не всегда учитывает границы своих возможностей. На практике это приводит к инфантилизации больного, затягиванию лечения, формированию, в свою очередь, зависимости больного от врача. Стремление к сохранению и повышению своего личного и профессионального престижа «за счет больных» приводит также к тому, что психотерапевт может «пережать» болезненные аспекты личности больного и не уделить должного внимания здоровым, «сильным» ее сторонам, которые могут явиться опорными точками на пути выздоровления пациента. Цель лечения не в предоставлении пациенту механических или психических «протезов», а в обеспечении его к моменту окончания психотерапии средствами для самостоятельной борьбы с трудностями, реализации своих жизненных целей.

Следует коснуться также границ и целесообразности раскрытия психотерапевтом своей личности перед пациентом. Степень раскрытия может быть различной: от сообщения о себе отдельных демографических данных до полного самораскрытия, включая даже не связанные с процессом психотерапии переживания и проблемы. Каждый поступок психотерапевта содержит в той или иной мере элемент самораскрытия. Важно эффективно использовать психотерапевтическое воздействие для реализации различных способов как преднамеренного, так и непроизвольного раскрытия. Вейнер приводит классификацию типов самораскрытия в зависимости от определяющего аспекта:

1) чувства — в данном контексте они означают эмоциональную реакцию «здесь и сейчас» на конкретного пациента или событие (например: «Вы мне нравитесь»);

2) аттитюды (к определенным явлениям) — повторяющиеся чувства в аналогичных ситуациях («Мне нравятся блондинки»);

3) мнения — суждение о пациенте или явлении («Вы можете нравиться»);

4) формулировки — обоснование суждения о пациенте в связи с его биографией («Вы нравитесь потому, что...»);

5) ассоциации — мысли, возникшие в связи с обсуждаемым моментом («Ваш поступок (или внешность) вызвал у меня воспоминание о...»);

6) фантазии — более сложные формы ассоциаций («Мысленно я представляю Вас и его (ее) и то, как Вы встречаетесь после этой беседы и обсуждаете...»);

7) пережитый опыт — реально обоснованная ассоциация, связанная с затронутой темой («Это напоминает мне то, что я пережил...»);

8) тело — мимика, жесты, телодвижения как невербальные типы самораскрытия, сопутствующие словам или заменяющие их;

9) история («Я родом из Нью-Джерси»);

10) отношение к окружающим («Я реагирую так же, когда моя жена...»);

11) окружающие («Моя жена...»).

Управляемое самораскрытие имеет место, когда психотерапевт выступает в качестве модели поведения для пациента. Самораскрытие может быть полезным и в случае признания психотерапевтом своих ошибок в применении тех или иных приемов, если это было замечено пациентом. Однако чрезмерное увлечение самораскрытием может причинить ущерб процессу психотерапии. Самораскрытие психотерапевта противопоказано, если оно несвоевременно, в частности если Я больного является недостаточно зрелым или если у больного негативное эмоциональное отношение к психотерапевту. В этих случаях пациент может использовать раскрытие врача для его дискредитации как сопротивление психотерапии.

Самораскрытие психотерапевта может быть применено с учетом соответствующей потребности пациента в определенный момент и в условиях контролируемой спонтанности. С помощью самораскрытия психотерапевт может успокоить и эмоционально поддержать, внушить и интерпретировать, создать чувство взаимопонимания, предоставить пациенту модель собственного поведения для идентификации.

В системе взаимоотношений врач-пациент используется относительно новое понятие в психотерапии, обозначаемое как «комплайенс» (от англ. complianse — согласие). Первично оно возникло как представление о согласии пациента принимать назначенные врачом-психиатром лекарства, но в дальнейшем распространилось на согласие выполнять любые терапевтические рекомендации, и наконец превратилось в более сложное понятие в системе врач — метод лечения — пациент, которое привлекает внимание различных специалистов, прежде всего психологов, социологов и врачей.

Психотерапевтический контракт. В условиях платной медицинской помощи ожидания и требования пациента возрастают, а некоторые параметры указанных моделей взаимоотношений, в частности ответственность, директивность, эмпатичность, искренность психотерапевта, подвергаются определенным испытаниям. Для оптимального решения этих проблем и индивидуализации психотерапии возможно заключение так называемого психотерапевтического контракта — «контрактная (договорная)» модель взаимоотношения «психотерапевт-пациент». С одной стороны, психотерапевтический контракт соответствует духу частного предпринимательства, рыночных отношений спроса и предложения, этике купли-продажи, а с другой — он позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоими его участниками. Понятия «контракт» и «искусство врачевания» кажутся малосовместимыми. Однако структура психотерапевтического контракта может быть наполнена духовным, творческим, личностно-интимным содержанием.

Психотерапевт и пациент могут с большим удовлетворением и мотивацией приступить к лечению на основе соглашения (контракта, договора) относительно общего понимания болезни и стратегии лечения. Это соглашение определяется нередко уже в течение первой беседы, хотя, может быть, и не в прямой форме. При этом имеются в виду и вопросы структуры контракта: степень подчинения пациента психотерапевту и характер эмоциональной дистанции между ними. Врач с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач терапии прогнозирует выраженность эмпатической коммуникации, а также определяет оптимальный уровень власти в отношении больного, то есть какой объем ответственности за ход и результаты лечения каждый из них будет нести. В условиях платного лечения пациент, выбирая психотерапевта, как бы «нанимает» его. Он полагает, что заключение контракта гарантирует ему квалифицированную помощь, удобство и доступность (четкое расписание посещений), право прервать курс лечения и найти другого психотерапевта, и ожидает, что психотерапевт будет согласовывать с ним

важнейшие шаги в ходе лечения. Последний предъявляет пациенту требование сотрудничать в процессе терапии, выполнять соответствующие лечебные рекомендации и правила, вести здоровый образ жизни.

При партнерском типе поведения психотерапевта от пациента ожидается активное участие в психотерапии, ответственность, самостоятельность; при авторитарном руководстве участие пациента в планировании лечения ограничено. Между тем психотерапевтический контракт требует согласования с пациентом лечебного плана, обсуждения и принятия общего понимания болезни, целей терапии, ее методов, частоты посещений, длительности и предполагаемых результатов лечения. Пациент имеет возможность совместить условия лечения, ожидаемые результаты и его стоимость, принять решение о «заключении контракта». Психотерапевт, исходя из своих возможностей и предпочтений, прогноза успешности терапии, приходит к решению о принятии пациента на лечение, он может предложить пациенту заключить контракт на 3-5 посещений, после чего при наличии взаимной удовлетворенности ходом лечения оно продолжается.

Психотерапевтический контракт может быть рассмотрен с позиций оценки его психотерапевтической полезности. Основными сферами действия его лечебных механизмов являются: когнитивная, эмоциональная и мотивационно-поведенческая. В когнитивной сфере важно предоставление пациенту информации, необходимой для сознательного и активного его участия в терапии. Одной из причин недостаточного доверия больного может быть игнорирование психотерапевтом его концепции болезни, отсутствие согласованности в их представлениях о ней. При руководящем стиле психотерапевт задает много прямых вопросов, порой не дает пациенту возможности до конца высказаться, перебивает его; при психотерапевтическом контракте в случае партнерского разделения ответственности психотерапевт предоставляет пациенту эти возможности. Что касается учета при психотерапевтическом контракте лечебных механизмов в эмоциональней сфере, то пациент нередко нуждается не только в конкретной помощи и душевной опоре, но и в своеобразном дружеском отношении. Необходимо умение слушать пациента, чтобы понимать, о чем наиболее существенном он хотел бы говорить, что в данный момент более всего его тревожит. Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, важное для оптимального психотерапевтического контракта, достигается обоюдным влиянием вербальных и невербальных средств коммуникации. Невербальное поведение психотерапевта (мимика, жесты, интонации голоса) обычно оказывают на пациента не меньшее влияние, чем его слова. Является ли истинной эмпатическая коммуникация при психотерапевтическом контракте? Объединение понятий контракта (договор, соглашение, купля-продажа) и эмпатической коммуникации может вызвать сомнение. Однако развитое систематической подготовкой и тренингом в области психотерапии такое ролевое поведение в практической деятельности (и в условиях платной медицинской помощи) постепенно становится частью личности психотерапевта. Лечебные механизмы психотерапевтического контракта в мотивационно-поведенческой сфере заключаются в выяснении ожиданий пациента относительно лечения, характера мотивации к лечению, отношения к методам терапии. Обсуждение и согласование с пациентом задач психотерапии позволяет оптимизировать его мотивацию к лечению.

Психотерапевт может предложить три целевые стратегии психотерапии: 1) реконструкция внутреннего мира личности пациента — коррекция неадекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения, а также выработка новых, более зрелых и конструктивных способов восприятия, переживания и поведения; 2) реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением, решение актуального жизненного конфликта, улучшение межличностного функционирования; 3) непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга. Если первая стратегия требует длительной, глубокой и трудной, но дающей кардинальные и стабильные результаты психотерапевтической работы, то третью можно осуществить за короткое время и достаточно эффективно, но она часто приводит к временным и нестабильным результатам. При психотерапевтическом контракте пациент должен иметь право самостоятельно принять решение, как тратить свое время, силы и деньги для борьбы с болезнью, выбрать с помощью психотерапевта соответствующую стратегию психотерапии.

Врачу следует знать и контролировать свои коммуникативные особенности, способы преодоления трудностей в жизни, потребности и проблемы. Неосознаваемая потребность психотерапевта в одобрении со стороны пациента, чрезмерное стремление руководить им и опекать его, нетерпимость к противодействию, негативным реакциям, критике и агрессивности со стороны больного затрудняют установление надлежащего контакта. В условиях платной медицинской помощи при психотерапевтическом контракте некоторые пациенты могут прямо или косвенно заявить психотерапевту о несоответствии затраченных денежных средств результатам лечения. Врачи, имеющие выраженную потребность в признании собственного совершенства,

«всемогущества» («Я должен любого вылечить»), не осознающие и не контролирующие ее, могут испытывать хронический стресс, фрустрировать себя и пациентов.

Психотерапевтический контракт направлен на повышение эффективности лечения, творческий рост психотерапевта, большую свободу для пациента в выборе врача, повышение престижа здоровья. В условиях действия новых механизмов хозяйствования в здравоохранении в нашей стране необходим эффективный контроль стоимости и качества психотерапевтической помощи. Механизмы такого контроля могут действовать через больничные кассы.

Синдром эмоционального сгорания. В последние годы в англоязычной литературе исследовался так называемый «синдром эмоционального сгорания» (СЭС) как специфический вид профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами и пациентами при оказании профессиональной помощи.

Термин «burnout» («эмоциональное сгорание») был предложен американским психиатром Фрейденбергом в 1974. При переводе английского термина «burnout» на русский язык отечественными авторами использовались два варианта перевода: «эмоциональное перегорание» и «эмоциональное сгорание».

Бойко указывает, что СЭС — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на определенные психотравмирующие воздействия. Маслах, одна из ведущих специалистов по исследованию СЭС, детализирует проявления этого синдрома: 1) чувство эмоционального истощения, изнеможения (человек не может отдаваться работе так, как это было прежде); 2) дегуманизация (тенденция к развитию негативного отношения к клиентам); 3) негативное самовоспитание в профессиональном плане — недостаток чувства профессионального мастерства.

После того, как феномен стал общепризнанным, закономерно возник вопрос о факторах, играющих существенную роль в СЭС — личностном, ролевом и организационном.

Личностный фактор. Проведенные исследования показали, что такие переменные, как пол, возраст, семейное положение, стаж данной работы в разной мере связаны с уровнем СЭС. Так показано, что у женщин в большей степени развивается эмоциональное истощение, чем у мужчин. Отсутствует связь мотивации и развития СЭС (удовлетворенность оплатой труда) при наличии корреляций со значимостью работы как мотивом деятельности, удовлетворенностью профессиональным ростом. Испытывающие недостаток автономности («сверхконтролируемые») более подвержены «сгоранию».

Фрейденберг описывает «сгорающих» как сочувствующих, гуманных, мягких, увлекающихся, идеалистов, ориентированных на людей, и — одновременно — неустойчивых, интровертированных, одержимых навязчивыми идеями (фанатичные), «пламенных» и легко солидаризирующихся. Махер пополняет этот список «авторитаризмом» и низким уровнем эмпатии. Бойко указывает следующие личностные факторы, способствующие развитию СЭС: склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности, наличие нравственных дефектов и дезориентация личности.

Ролевой фактор. В обследовании психотерапевтов получены значимые корреляции между ролевой конфликтностью, ролевой неопределенностью и «сгоранием». Работа в ситуации распределенной ответственности ограничивает развитие СЭС, а при нечеткой или неравномерно распределенной ответственности за свои профессиональные действия этот фактор резко возрастает даже при существенно низкой рабочей нагрузке. Способствуют развитию СЭС те профессиональные ситуации, при которых совместные усилия не согласованы, нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как результат зависит от слаженных действий.

Организационный фактор. Развитие СЭС связано с наличием хронической напряженной психоэмоциональной деятельности: интенсивное общение, подкрепление его эмоциями, интенсивное восприятие, переработка и интерпретация получаемой информации и принятие решений. Другой фактор развития СЭС — дестабилизирующая организация деятельности и неблагополучная психологическая атмосфера. Это — нечеткая организация и планирование труда, недостаточность необходимых средств, наличие бюрократических моментов, многочасовая работа, имеющая трудноизмеримое содержание, конфликты как в системе «руководитель-подчиненный», так и между коллегами. Выделяют еще один фактор, обусловливающий СЭС — психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения (тяжелые и умирающие больные, пациенты с тяжелыми психическими отклонениями, эмоциогенный характер работы с детьми, страдающими различными заболеваниями).

Большинство исследователей акцентируют внимание на фазах СЭС, которые рассматриваются с позиций стресса Селье.

I фаза — «напряжения». Полученные данные свидетельствуют, что наличие тревожного напряжения, которое служит предвестником и запускающим механизмом в формировании СЭС и сопровождается ощущением тревожности, снижением настроения, было выявлено у 50 % врачей-психотерапевтов. В качестве основных причин, провоцирующих развитие СЭС, у врачей-психотерапевтов могут быть отмечены прежде всего профессиональные факторы: это трудноизмеримое содержание работы, наличие психоэмоциональных перегрузок, отсутствие четких обязанностей, свойственные для работы психотерапевта. Наличие таких личностных факторов, как повышенная ответственность, высокая степень эмоциональной вовлеченности в проблемы пациентов, характерные для врачей-психотерапевтов, по-видимому, могут способствовать увеличению напряжения, как «запускающего» механизма формирования СЭС.

При рассмотрении отдельных симптомов этой фазы (диаграмма 2) наиболее высокими являются показатели по симптому «переживания психотравмирующих обстоятельств» (Козина). Данный симптом проявляется в осознании психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, невозможности что-либо изменить, накоплении раздражения и отчаяния. Второе место по степени выраженности занимает симптом «тревога, депрессия». Этот симптом обнаруживается в связи с профессиональной деятельностью в особо осложненных обстоятельствах, побуждающих к эмоциональному сгоранию, как средству психологической защиты.

Фаза «Напряжения»	
1. Симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств».	**12,6**
2. Симптом «неудовлетворенности собой».	7,4
3. Симптом «загнанности в клетку» (или «неразрешимости ситуации»).	8,2
4. Симптом «тревоги и депрессии».	**11,1**
(выраженное проявление симптома — 8,9)	
Фаза «Сопротивления»	
1. Симптом «неадекватного эмоционального реагирования».	*13,6*
2. Симптом «эмоционально-нравственной дезориентации».	*8,6*
3. Симптом «расширения сферы экономии эмоций».	*8,8*
4. Симптом «редукции профессиональных обязанностей».	**16,6**
(наличие симптома — 8,5; выраженное проявление симптома — 16,5)	
Фаза «Истощения»	
1. Симптом «эмоционального дефицита».	6,3
2. Симптом «эмоциональной отстраненности».	8
3. Симптом «личностной отстраненности».	7,3
4. Симптом «психосоматических и психовегетативных нарушений».	*8,8*
(наличие симптома — 8,7)	

Диаграмма 2. Соотношение симптомов в трех фазах «синдрома эмоционального сгорания» у врачей-психотерапевтов (по методике Бойко).

II фаза — «сопротивления». Действие этой фазы прослеживается с момента появления напряжения, как только человек начинает осознавать его наличие, он стремится избежать действия эмоциональных факторов с помощью полного или частичного ограничения эмоционального реагирования в ответ на конкретные психотравмирующие воздействия.

Ограничения диапазона и интенсивности включения эмоций в процессе профессионального общения отмечали 81,2 % врачей-психотерапевтов, причем 25 % из них отмечали сформировавшуюся фазу сопротивления, то есть близкую к тотальной редукции эмоций. Степень ограничения эмоционального реагирования значительно превышала имеющееся напряжение, что

свидетельствует как о высокой степени психологической защиты, так и о наличии неадекватной «экономии эмоций», ограничении эмоциональной отдачи, упрощении и сокращении процесса общения между врачом-психотерапевтом и пациентом.

Одним из доминирующих симптомов этой фазы является симптом «неадекватного избирательного реагирования». Для таких лиц характерен профессиональный навык экономии эмоций, ограничение эмоциональной отдачи за счет выборочного, менее интенсивного реагирования в ходе рабочих контактов, что свидетельствует о высоком уровне профессионализма. Второй доминирующий симптом «редукции профессиональных обязанностей» также достаточно выражен у врачей-психотерапевтов, то есть для них характерно использование в профессиональной деятельности упрощения процесса общения, стремление облегчить, сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

III фаза — «истощения». Характеризуется падением общего энергетического тонуса. Эмоциональная защита в форме СЭС становится неотъемлемым атрибутом личности. Наличие эмоционального истощения было отмечено у 18,7 % врачей-психотерапевтов, причем выраженная степень эмоционального истощения («эмоциональное сгорание») — у 6,2 % врачей-психотерапевтов. Доминирующих симптомов в этой фазе выявлено не было.

Для врачей-психотерапевтов характерно наличие высокого уровня эмоционального напряжения, но благодаря высокой способности к сопереживанию, сочувствию, а также использованию различных способов сопротивления, как методов психологической защиты, им удается избежать появления эмоционального истощения.

В различных направлениях психотерапии для оптимизации процесса взаимоотношения врача-психотерапевта и больного в последние десятилетия получили распространение разные виды тренинговых методов подготовки и совершенствования психотерапевтов: интерперсональный вариант тренинга, терапевтический тренинг, балинтовские группы, котерапевтическая и супервизорская модели.

Тренинговые занятия способствуют выработке необходимых для успешной работы врачей-психотерапевтов личностных качеств и предотвращения профессиональной их деформации, в частности в виде «синдрома эмоционального сгорания».

Контрольные вопросы

1. Понятия «перенос» и «контрперенос» относятся к следующим направлениям психотерапии:
   1) когнитивной;
   2) позитивной;
   3) психодинамической;
   4) гуманистической.
2. В «триаду Роджерса» входят все элементы, кроме:
   1) аутентичности;
   2) директивности;
   3) безусловной положительной оценки (принятия) пациента;
   4) эмпатии.
3. Вид эмпатии, являющийся возможной причиной быстрого развития «синдрома эмоционального сгорания»:
   1) предикативный;
   2) эмоциональный;
   3) когнитивный;
   4) все перечисленные.

Оценка эффективности психотерапии.

Тенденция к интеграции психотерапии в общую медицину и превращения ее в общемедицинскую специальность делают важным вопрос об эффективности психотерапии — предпосылках, критериях и методах ее оценки.

Требование разработки критериев и методов оценки эффективности психотерапии становится все более актуальным в связи с опережающим развитием методов, организационных форм

психотерапии, увеличением числа специалистов-психотерапевтов в системе здравоохранения. Организаторы психотерапевтической службы все чаще встречаются с проблемой оценки полезности, целесообразности и эффективности средств, выделяемых из фондов здравоохранения для охраны психического здоровья. Небезынтересно отметить, что эта проблема становится весьма значимой и за рубежом. Так, Хайн и сотр. в статье, посвященной проблемам эффективности психотерапии, ссылаются на решение финансовой комиссии конгресса США изменить порядок финансирования психотерапевтического обслуживания населения путем поощрения только тех направлений психотерапии, которые базируются на научных оценках ее эффективности.

Чтобы показать всю сложность рассматриваемой проблемы, приведем основные предпосылки для ее решения.

1. Для оценки эффективности психотерапии требуется прежде всего четко определить метод, с помощью которого она осуществляется. В практической же работе чаще говорится о психотерапии вообще, не об одном, а о группе методов, различных их комбинациях — рациональной психотерапии и гипноза, гипноза и аутогенной тренировки и т. д., поскольку утверждение в практике работы психотерапевта интегративного подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов.

2. При квалифицированном использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника. Очевидно, что это одновременно требование к качеству подготовки, опыту, квалификации психотерапевта, что не всегда учитывается. И метод аутогенной тренировки, и метод групповой психотерапии «в руках» психотерапевтов с различной степенью квалификации, естественно, дадут различные результаты.

3. Число пациентов, леченных с помощью данного метода, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых систем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах, которые подвергались многомесячному или даже многолетнему воздействию психотерапии.

4. Изучение эффективности следует проводить на гомогенном материале. Обычно же исследуют группы больных, включающие первичных пациентов и тех, кому до этого времени не помогали никакие другие методы лечения, группы амбулаторных больных и госпитализированных, с острым и затяжным течением и т. д.

5. Группа пациентов, создаваемая для оценки эффективности психотерапии, должна формироваться методом случайной выборки. С этической точки зрения это возможно в том случае, когда число больных заведомо превышает реальные возможности обеспечить их психотерапевтической помощью.

6. Оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет лечение, здесь необходим независимый наблюдатель. Это требование очень важно, так как при этом элиминируется влияние на оценку отношения пациента к врачу; можно предполагать, что больной будет более искренне оценивать эффективность лечения.

7. Целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы также исключить влияние на оценку типа поведения пациента во время психотерапии и т. д.

8. Играет роль личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии.

9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

11. Для объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

12. Число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть репрезентативным; таких больных должно быть не менее 90 % от общего их числа.

13. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача, желательно независимого оценщика (объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели).

14. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на результат терапии ближайшего окружения пациента (семья, производство и т. д.).

15. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.

16. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода.

Перечень возможных предпосылок, требуемых для объективной оценки эффективности психотерапии, можно было бы продолжить. Например, при создании гомогенных сравниваемых групп важно учитывать местность, из которой прибыл на лечение больной (степень интеграции в ней психотерапии, известности психотерапевтов и т. д.).

В психотерапевтической практике учет всех этих моментов затруднителен, однако психотерапевт должен помнить о значении их при решении задач, связанных с объективной оценкой эффективности того или иного психотерапевтического метода.

По мере все большего использования метода групповой психотерапии казалось, что уже сам по себе внешний, более «открытый» характер лечения в группе, предполагающий взаимодействие относительно большого количества участников, в отличие от «камерности» диадного контакта «врач—больной», предоставляет возможности наблюдения, последствия которого влияют на течение психотерапевтического процесса в гораздо меньшей степени, чем при индивидуальной психотерапии.

В то же время в плане оценки эффективности психотерапии отмеченные преимущества применительно к групповой психотерапии в значительной степени нейтрализуются тем, что расширение диапазона интерперсонального взаимодействия в условиях группы серьезно осложняет возможности контроля над изучаемыми переменными. Еще более важно то обстоятельство, что включение в этот процесс группы как социально-психологической целостности влечет за собой необходимость учета ряда качественно новых переменных, имманентных группе как таковой и отсутствующих в диадном контакте. Дополнительные трудности обусловлены тем, что групповая психотерапия является в первую очередь процессом лечебным, следовательно, оценка его конечных результатов имеет всегда индивидуализированный характер. Она неразрывно связана с клинической оценкой изменений, происходящих в человеке, и вследствие этого требует анализа трех аспектов — клинического, индивидуально-психологического и социально-психологического.

Признание этой неразрывной связи ставит под сомнение обоснованность и целесообразность принятого разделения работ в этой области на исследования процесса и эффективности психотерапии. Анализ литературы последних лет, посвященной изучению групповой психотерапии, показывает, что в большинстве случаев результаты, полученные исследователями, несопоставимы между собой. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах авторов к пониманию ими целей, задач и механизмов терапевтического процесса, но и, в первую очередь, недостаточно четкое определение критериев эффективности, а следовательно, недостаточно обоснованный выбор изучаемых переменных. Этот разрыв между процессуальной и результативной сторонами групповой психотерапии ведет к тому, что исследованию подвергаются либо параметры, произвольно установленные авторами в соответствии с их теоретической ориентацией, либо феномены, являющиеся объектом традиционного анализа в социальной психологии, терапевтическая значимость которых, однако, специально не изучается. В качестве простейшего примера можно указать на проблему численности и состава психотерапевтической группы. Принято считать (в соответствии с данными социальной психологии малых групп), что оптимальным количеством является 10-12 человек и что группа должна быть гетерогенной во всех отношениях, кроме нозологического состава. Однако в литературе отсутствуют указания, для всякого ли пациента такие условия являются оптимальными. То же самое можно сказать о тематике групповых дискуссий, типе активности, характере интеракции и др.

Не подлежит сомнению, что выбор критериев эффективности психотерапии самым непосредственным образом определяется ее целями, в свою очередь вытекающими из принятой теоретической концепции. В большей степени это относится к оценке эффективности личностно-ориентированных систем психотерапии.

По убеждению подавляющего большинства специалистов, один лишь критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной

эффективности и устойчивости психотерапии, хотя субъективно переживаемое больным (и по мере возможности объективно регистрируемое) клиническое симптоматическое улучшение является, несомненно, важным критерием оценки эффективности психотерапии. Клинический опыт с применением широких катамнестических данных убедительно свидетельствует о необходимости привлечения для оценки эффективности психотерапии определенных социально-психологических критериев. К ним относятся: степень понимания пациентом психологических механизмов болезни и собственной роли в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, в том числе в развитии своих неадаптивных реакций; изменения в отношениях и установках; улучшение социального функционирования и др.

Критерии эффективности психотерапии должны удовлетворять следующим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: 1) соматической, 2) психологической и 3) социальной. Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента. И, в-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Для оценки эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при неврозах используются несколько критериев, которые до некоторой степени рассматриваются и как показатели глубины лечения. При проведении психотерапии на первом этапе достигается определенная степень понимания больным связи между имеющейся симптоматикой и невротическим конфликтом, между симптоматикой и собственными проблемами. Ожидаемая степень понимания больным психологических механизмов его заболевания принята в качестве первого из дополнительных социально-психологических критериев оценки эффективности лечения. На следующем этапе психотерапии перестраиваются отношения больного, вследствие чего он приобретает большую способность к восприятию нового реального опыта и более адекватных способов реагирования. Обычно эта перестройка захватывает сферу не только межличностных отношений, но и отношение больного к самому себе, приводя к уменьшению разрыва между идеальными и реальными представлениями о себе. Объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, то есть изменения в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях, рассматриваются в качестве второго критерия. На последнем этапе психотерапии происходит реализация больным нового опыта, новых стереотипов поведения, перестроенных отношений. Это приводит к нормализации социального функционирования больного на работе, в обществе, в семье. В качестве третьего критерия используется субъективно и объективно (в том числе катамнестически) определяемая степень нормализации социального функционирования в различных сферах деятельности.

Возрастает интерес к разработке критериев и методов оценки эффективности психотерапии при ряде других заболеваний. Так, Гузиков предлагает оценивать эффективность психотерапии (в частности, в групповой форме) при алкоголизме с помощью следующих четырех критериев: степень преодоления пациентом анозогнозии: это и неспособность признать себя больным алкоголизмом, и нежелание лечиться, и т. д.; степень объективности оценки больным своих личностных особенностей, способность к восстановлению самоуважения и др.; степень социально-психологической реадаптации, которая определяется характером восстановления нарушенных семейных, производственных и иных отношений пациента; длительность ремиссии. Автором подчеркивается большая надежность оценки эффективности психотерапии при алкоголизме с учетом использования всех указанных критериев.

В исследованиях Воловика, Вида анализируются вопросы эффективности психотерапии в системе лечебно-реабилитационных воздействий у больных с малопрогредиентными формами шизофрении. В дополнение к клиническому здесь также выступают психологический и социальный критерии, содержательные аспекты которых, естественно, определяются целями проводимой индивидуальной и групповой психотерапии. Основными направлениями психотерапевтического вмешательства здесь являются: 1) субъективная оценка болезни и отношение к лечению; 2) наличие трудностей и конфликтов в иных значимых сферах отношений личности и степень их осознания; 3) искажение социальной перцепции, самооценки и уровня притязаний; 4) недостаток индивидуального опыта и наличие вторично усвоенных форм поведения, дезадаптирующих больного.

Значительно усложнилось понятие эффективности психотерапии при соматических заболеваниях. Среди критериев психотерапии и реабилитации этих больных выделяются:

медицинский (включающий в себя физический), психологический, профессиональный и социально-экономический.

Для оценки изменений в состоянии больных неврозами и другими заболеваниями по критериям симптоматического улучшения, психологическим и социально-психологическим критериям может применяться широкий спектр методик, специально разработанных с учетом данного заболевания, его природы и механизмов, — клинические шкалы, психологические, социально-психологические, психофизиологические, физиологические методики и т. д.

Необходимо лишь подчеркнуть, что обнаружение динамики в состоянии больного с помощью психологических методов требует применения при повторных исследованиях сходных методик, по содержанию и форме предъявления отличающихся, однако, от первоначальных, чтобы уменьшить (если не исключить) искажения, вызванные приобретением навыков в выполнении заданий.

В случаях применения экспериментально-психологических методик для оценки эффективности психотерапии исходят из обычного для психодиагностики принципа отличия выборки больных от нормальной выборки, а также из того, что по мере улучшения состояния пациентов психологические показатели их приближаются к показателям нормы. Поэтому основное внимание акцентируется на разности средних показателей психологических методик, полученных в начале, в процессе и в конце лечения. При продолжительной (в течение месяцев, а иногда и лет) терапии динамически изучаются с помощью тех же психологических методик и контрольные группы больных, не подвергавшиеся лечебному воздействию.

При оценке эффективности психотерапии больных неврозами, психическими и другими заболеваниями могут использоваться относительно более объективные психофизиологические методы. Установлено, что улучшению состояния больного сопутствует нормализация (или тенденция к ней) психофизиологической реактивности, обусловленная перестройкой его отношения к прежде патогенным условиям и воздействиям. Для определения эффективности преимущественно симптоматических психотерапевтических методов регистрируются изменения вегетативно-соматических, физиологических и психических функций.

Очевидно, что необходимость учета отмеченных выше предпосылок, критериев, результатов исследований с помощью адекватных этим критериям методов (а в конечном счете — множества самых разнообразных переменных) для оценки эффективности психотерапии создает почти непреодолимые трудности при решении этой проблемы. Определенный выход многие авторы видят в возможностях, открывающихся при использовании все более сложных программ многомерной статистики с применением современной компьютерной техники. В то же время не прекращаются попытки тщательного анализа отдельных наблюдений, в том числе в процессе групповой психотерапии, разработки специальной методологии такого анализа, также с использованием сложных статистических методов.

При всей трудности оценки эффективности психотерапии дальнейшая разработка теоретических и практических аспектов этой проблемы всегда будет требовать учета своеобразия природы, клиники и механизмов развития болезни, используемых методов лечения и тех целей, которые стремятся реализовать с их помощью.

Контрольные вопросы

1. Оценка эффективности психотерапии осуществляется с учетом следующих плоскостей терапевтической динамики:

1) социальной;

2) соматической;

3) психологической;

4) всех указанных выше.

2. Наименьшее значение в качестве надежной оценки эффективности и устойчивости личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при неврозах имеет:

1) степень восстановления полноценности социального функционирования больного;

2) осознание психологических механизмов невроза;

3) перестройка нарушенных отношений личности, послуживших причиной невротического расстройства;

4) симптоматическое улучшение.

Альтернативная психотерапия.

Альтернативная психотерапия представляет собой одну из областей так называемой альтернативной медицины. Основным отличием последней является использование альтернативными целителями «концепций врачевания», существенно расходящихся с теми, которые приняты научной (академической, ортодоксальной) медициной.

Понятие альтернативной медицины охватывает широкий спектр методов и практикующих целителей; чаще других к ней относят гомеопатию, акупунктуру, хиропрактику, деятельность хилеров, экстрасенсов и др.

Альтернативной психотерапией, как и альтернативной медициной в целом, занимаются врачи, имеющие высшее медицинское образование (пользующиеся ее методами исключительно или частично), и лица, не имеющие медицинского образования, но получающие разрешение на свою деятельность в некоторых странах (США, Германия и др.).

За рубежом, особенно в развитых странах, альтернативная психотерапия, как правило, не носит широкого характера, так как не оплачивается страховыми компаниями, а если и оплачивается, то в пределах весьма ограниченного времени работы. Взаимоотношения между врачами и альтернативными целителями обычно антагонистические, деятельность последних в ряде стран объявлена вне закона. Количество обращений к альтернативным целителям различно и во многом зависит от уровня развития общества и системы здравоохранения в нем. Кризис, переживаемый в последнее десятилетие нашей страной, резкое снижение качества медицинского обслуживания на фоне повышения «магического настроя» общества привели к взрыву альтернативного целительства, достигшего невиданных ранее масштабов. Мотивы обращения к целителям различны. Чаще всего указываются два основных: отсутствие положительных результатов при лечении у врача и нескладывающиеся взаимоотношения между пациентом и врачом, неудовлетворенность этими отношениями.

Для более полного представления об альтернативной психотерапии существенное значение приобретают характеристики альтернативных целителей, сравнение деятельности врача научной медицины и альтернативного целителя, особенности пациента последнего.

Альтернативные целители: 1) не склонны подвергать свои методы исследованиям в научной медицине, не участвуют в работе профессиональных научных обществ, не публикуют свои работы в профильных журналах; 2) в случае отрицательных результатов дают стандартные объяснения (негативное отношение к методу пациентов или других лиц, присутствующих на приеме, особенности биополя целителя или пациента и т. д.); 3) о результатах лечения судят обычно сами целители или пациенты, отсутствует принятая в современной психотерапии оценка эффективности метода независимым экспертом; 4) не ведется история болезни, обычно вообще нет записей встреч альтернативных целителей со своими пациентами, где бы отмечался характер их общения, динамика болезни, катамнез и т. д.; 5) альтернативный целитель чаще одиночка; как правило, у него нет учеников (обучение в последнее время носит чисто коммерческий характер); в тех случаях, когда ученики имеются, эффективность их деятельности не выше, чем у учителя, а увеличение числа практикующих учеников обычно снижает эффективность метода; 6) для деятельности альтернативных целителей (особенно в «доперестроечный» период) была характерна рекламная поддержка средствами массовой информации, партийно-административной и творческой «элитой»; 7) альтернативный целитель обычно недостаточно научно подготовлен в своей области, поэтому к нему часто применяют термин «шарлатан». На позиции альтернативного целительства, за редким исключением, не переходят высококвалифицированные специалисты научной медицины.

Существуют определенные различия в деятельности врача научной медицины и альтернативного целителя: 1) по данным голландских исследователей затрата времени на одного больного у врача общей практики составила 7 мин (средняя продолжительность одного контакта), в то время как в альтернативной медицине — 20 мин; 2) альтернативный целитель больше ориентирован на пациента, больше внимания уделяет его тревогам, переживаниям, потребностям; 3) он чаще дает пациенту удовлетворительные объяснения характера его заболевания, прогноза и лечения; 4) между альтернативным целителем и пациентом чаще возникает общение на равных; 5) отмечается высокая степень принятия пациента альтернативным целителем, и пациент это чувствует; 6) альтернативный целитель формирует у пациента сильную веру в результаты лечения; 7) он с большим энтузиазмом относится к проведению своей терапии и доказательствам ее эффективности, принимая во внимание соображения самого пациента относительно лечения; 8) для пациента именно альтернативный целитель часто приближается к образу идеального врача.

Для понимания случаев эффективности альтернативного целительства представляют интерес характеристики пациентов, которые обращаются за помощью к целителям: 1) пациент воспринимает альтернативного целителя с энтузиазмом, верой в исполнение своих ожиданий, чему в большой степени способствует реклама; 2) прием сопровождается обычно высокой платой за лечение, поэтому пациент относится к нему серьезнее и уделяет ему больше внимания; 3) обращаются к альтернативному целителю обычно после того, как не получили положительных результатов от традиционного лечения; 4) поскольку само обращение к альтернативному целителю часто интерпретируется как девиантное поведение, это приводит к преувеличенной вере пациента в систему альтернативного лечения и самого альтернативного целителя, что может носить достаточно выраженный агрессивный характер (высокая оплата, преувеличенная оценка возможностей, защитное поведение и т. д.).

Таким образом, альтернативная медицина часто выявляет недостатки научной медицины, не в полной мере учитывающей (а нередко и просто игнорирующей) роль психосоциальных факторов в возникновении, компенсации, декомпенсации и лечении болезни. Альтернативный целитель приобретает психологическую ценность для пациента, удовлетворяя его эмоциональные потребности; его воздействие в большей степени направлено на пациента.

При положительном терапевтическом эффекте, который наблюдается у части пациентов под влиянием альтернативных технологий, следовало бы прежде всего указать на роль суггестивных воздействий (прямое, косвенное, вооруженное внушение), усиливаемых взаимной индукцией, подражанием и верой в неизвестный метод, формируемый не без участия средств массовой информации. При одновременных воздействиях на массы людей следовало бы иметь в виду и следующее. У части пациентов в момент воздействия отмечается «пик» выраженности заболевания, у других — ремиссия хронических расстройств. В течение времени альтернативного воздействия, которое продолжается иногда дни и недели, естественно может наблюдаться уменьшение остроты заболевания у первой части пациентов либо, напротив, его обострение — у второй части. Ни улучшение, ни ухудшение в состоянии пациента в этом случае не может быть полностью связано с альтернативным воздействием.

При альтернативном воздействии речь идет о симптоматическом психотерапевтическом эффекте, обычно недолговечном и угасающем.

Широкая врачебная практика и специально проведенные исследования свидетельствуют о возможных негативных последствиях альтернативного целительства. Чаще всего указывается запоздалая диагностика, связанная со временем, потерянным на лечение у альтернативного целителя, что особенно пагубно для пациентов с онкологической или прогрессирующей нервно-психической и соматической патологией. Отсутствие своевременно начатого лечения во многих случаях определяет неблагоприятный прогноз.

В ряде исследований последнего времени сообщается о лицах, объявивших себя экстрасенсами. По данным Иванова, независимо от наличия или отсутствия психической патологии, у экстрасенсов феномен экстрасенсорных способностей появляется под влиянием социальных действий как специфический адаптационный механизм, что позволяет им субъективно компенсировать личностную дезадаптацию. Автор изучил психопатологические аспекты экстрасенсорности у 67 лиц, объявивших себя экстрасенсами. У 5 из них он установил эндогенную (психическую) патологию, у 25 — личностную, у 37 — выраженные акцентуации характера. Гаврилюк в ходе обследования экстрасенсов (35 мужчин и 32 женщин в возрасте от 20 до 55 лет) выявил 3 основные закономерности в природе сверхценных идей у экстрасенсов: 1) сверхценные идеи имели определенную нозологическую специфичность, входя в структуру расстройств психики у лиц с психопатией и больных шизофренией с малопрогредиентной формой; 2) сверхценные проявления служили своеобразной компенсацией патологических проявлений личности, снижая дезадаптацию в рамках акцентуации характера; 3) сверхценные идеи существовали как следствие дидактогений, то есть были сформированы в ходе социальной индукции. В клинико-психопатологическом аспекте экстрасенсы достаточно неоднородны. Отношение их к своим экстрасенсорным способностям неодинаково и модулируется явной психической патологией или личностными особенностями.

«Альтернативный взрыв» в нашей популяции не сопровождался, как это можно было бы ожидать, адекватными опасности мероприятиями государства, медицины и здравоохранения. Более того, значительное распространение получила точка зрения, что подобные явления наблюдались в истории разных стран в период кризисов и самопроизвольно исчезали при выходе из них. Существует и другая точка зрения. Современное западное общество смогло в основном удовлетворить некоторые важные потребности человека — в пище, одежде и др. Этого нельзя сказать об одной из самых важных человеческих потребностей — в смысле жизни. И до тех пор

пока она не будет удовлетворена, у человека сохранится потребность в иррациональном, в чуде. К этому близки высказывания об обсуждаемых явлениях массового сознания известного отечественного философа и социолога Мамардашвили: «Мне кажется, что все это сказки. Не в том уничижительном смысле, когда говорят, что все это ненаучно, но в глубинном, фундаментальном это проявление неотъемлемой от человека духовной потребности в фольклоре, мифе, легенде».

Представляется также, что одной из возможных причин распространения альтернативной медицины является все более ощущаемый разрыв между достижениями в ряде научных областей (высадка человека на Луну, все большее приближение к пониманию происхождения Вселенной и другие не менее впечатляющие завоевания науки) и относительно более скромными успехами медицинской науки и практики. Современному человеку с этим трудно смириться и кажется, что в медицине также возможны «скачки» к новому знанию, стоит только устранить на этом пути «помехи», создаваемые ортодоксальной наукой.

Своеобразие альтернативной медицины (альтернативной психотерапии) в России в данный момент заключается в том, что она все в большей мере становится частью парапсихологии (психической онтологии), включающей передачу образного и мысленного содержания на расстоянии, перемещение объектов без непосредственного к ним прикосновения, определение состояния внутренних органов человека при поднесении к телу рук (паранормальная диагностика) .

Сторонников этих направлений объединяет отказ от трудного, длительного пути познания в пользу одномоментного, мгновенного «постижения» внешнего мира с помощью озарения, откровения, прозрения и т. д. На этом пути отпадает необходимость в профессиональном обучении и поиске подлинно научных сведений с помощью все более совершенной техники, поскольку для познания разнообразных явлений природы и человеческого организма вполне достаточно установления «парапсихологического контакта».

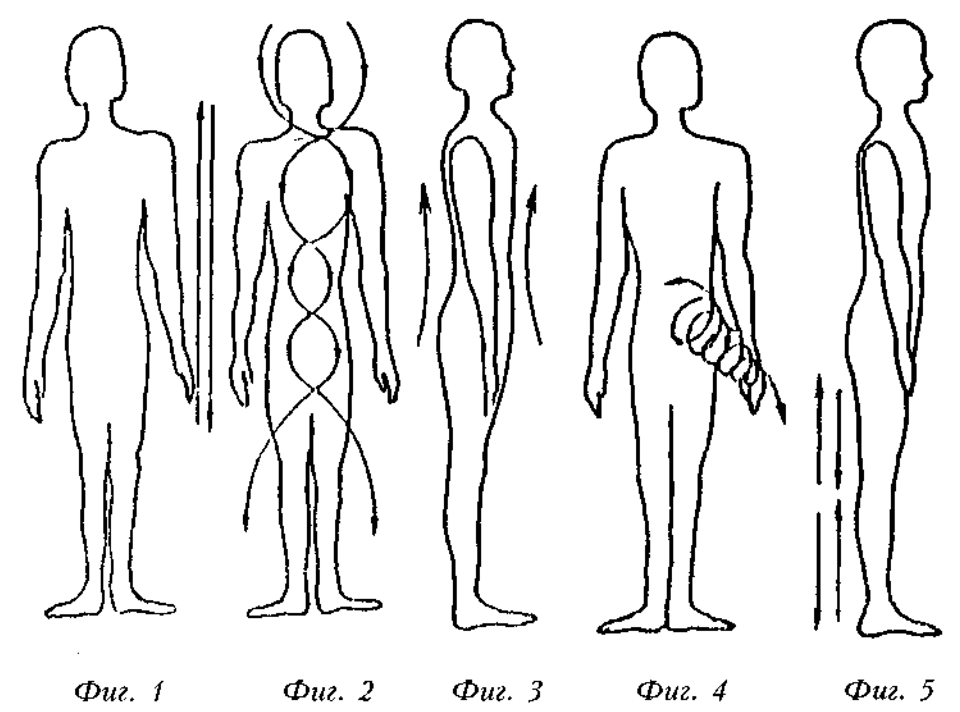
Известная устойчивость альтернативных идей в общественном сознании объясняется также снижением интереса и уважительного отношения к науке, истинно научному знанию в нашей стране, охваченной многосторонним кризисом веры.

В качестве иллюстрации альтернативного целительства приводим выписку из описания изобретения (к авторскому свидетельству) Государственного Комитета по изобретениям и открытиям при ГКНТ СССР, полученного одним из наиболее известных в нашей стране экстрасенсов.

Изобретение имеет своей целью сокращение сроков лечения больных гипертонической болезнью и вегето-сосудистой дистонией.

Цель достигается в результате воздействия на пациента одновременно инфракрасным излучением 8-14 мкм, сверхвысокочастотным излучением в диапазоне 8-30 см и переменным электрическим полем с частотой до 10 Гц, при этом в качестве источника излучения используются кисти рук оператора. Способ прост и может быть использован в любых условиях, не вызывает побочных явлений и осложнений, сокращает сроки лечения.

На фигурах 1-5 показана схема осуществления воздействия.



Фиг. 1 *Фиг. 2* *Фиг. 3* *Фиг. 4* *Фиг. 5*

Больной располагается перед оператором в положении стоя. Оператор производит определенное сочетание специально подобранных двигательных приемов кистями рук на расстоянии 5-10 см от больного, основными из которых являются: движения рук снизу вверх (ладони обращены вниз) вдоль боковых сторон тела человека (фиг. 1); петлеобразные движения рук (ладони обращены к телу больного), начинающиеся над головой больного, сопровождающиеся их опусканием до нижней части туловища (фиг. 2); движения рук снизу вверх вдоль туловища от пояса до головы, при этом ладони из положения вниз поворачиваются к телу больного, а пальцы кисти направлены к телу (фиг. 3); кругообразные движения по часовой стрелке кисти руки в области воздействия с последующим перемещением руки в сторону, при отведении руки в сторону кончики пальцев сближаются друг с другом (фиг. 4); движения ладоней рук, направленные друг к другу, сопровождающиеся перемещением вдоль конечности (фиг. 5).

Приведено два примера леченных больных. Указывается положительный результат лечения, выразившийся в снижении артериального давления, увеличении содержания гемоглобина в крови, урежении ритма сердца по данным ЭКГ. «В результате ежедневных двухминутных воздействий у одной из больных наблюдалось значительное улучшение самочувствия, нормализовался сон, возросла работоспособность, исчезли головокружение и головная боль».

В соответствии с изложенным выше следует, что речь идет о многостороннем суггестивном психотерапевтическом эффекте, в данном случае несомненно усиленном широкой известностью экстрасенса. Нет никаких научных доказательств того, что лечебный эффект достигается инфракрасным, сверхвысокочастотным излучением и переменным электрическим полем, в качестве источника которого выступают кисти оператора.

Контрольные вопросы

1. Для альтернативного целителя характерны следующие особенности поведения и деятельности, кроме:

   1) высокой степени принятия пациента, что последний чувствует;

   2) формирования у пациента сильной веры в результаты лечения;

   3) проверки своих методов в научной медицине с приглашением независимых экспертов;

   4) энтузиазма к собственной терапии.

2. Терапевтическая эффективность работы экстрасенсов определяется рядом факторов, кроме:

   1) различных видов суггестивных воздействий (прямое и косвенное внушение и др.);

   2) веры пациента в неизвестный метод, формируемой с участием средств массовой информации;

   3) различного рода излучений от рук экстрасенса;

   4) плацебо-эффекта.

Глава 2. Основные направления и методы психотерапии.

Основные направления в психотерапии.

Динамическое направление в психотерапии.

Основой динамической психотерапии является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессознательного. Динамическая (психодинамическая) психотерапия известна также под названием психоаналитической психотерапии, ориентированной на инсайт-терапии, эксплоративной психотерапии. В ней акцентируется внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения — через особые когнитивные способы (защиты), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос), — которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его здоровье.

Динамическая психотерапия берет начало от классического психоанализа Фрейда. Согласно динамической психотерапии, определяющим в понимании природы человека и его болезней является то, что все психические феномены — это результат взаимодействия и борьбы интрапсихических сил. В соответствии с теорией конфликта инстинктов Фрейд описал основные силы в этой борьбе, которые участвуют в происхождении неврозов: «Человек заболевает в результате интрапсихического конфликта между требованиями инстинктивной жизни и сопротивлением им». Этиологию неврозов он считал сексуальной по природе. Психоаналитический подход включает пять фундаментальных принципов: динамический, экономический, структурный, принцип развития, принцип адаптации. На этих принципах основывается психоаналитическое наследие, для которого наиболее существенными являются следующие положения: 1) главное значение имеют человеческие инстинктивные импульсы, их выражение и трансформация и, что наиболее важно, их подавление, посредством которого удается избежать болезненных чувств или переживаний неприятных мыслей, желаний и воздействия сознания; 2) вера, что такое подавление является, по существу, сексуальным, что причиной расстройства является неправильное либидинозное, или психосексуальное, развитие; 3) идея, что корни неправильного психосексуального развития находятся в далеком прошлом, в детских конфликтах или травмах, особенно это касается родительского эдипова комплекса, выраженного в классическом желании противоположного по полу родителя; 4) уверенность в сопротивлении выявлению эдипова комплекса, его быстром восстановлении; 5) мысль о том, что, по существу, мы имеем дело с борьбой между биологическими внутренними импульсами (или инстинктами — Ид) и выступающим в роли защиты по отношению к внешней реальности Эго — в общем контексте моральных правил или стандартов (Супер-Эго); 6) приверженность концепции психического детерминизма, или причинности, согласно которой психические феномены, так же как и поведение, бесспорно, не изменяются случайно, а связаны с событиями, которые предшествуют им, и, если не делаются осознанными, невольно являются основанием для повторения.

Терапевтические изменения и лечебный процесс в динамической психотерапии своей конечной целью имеют осознание бессознательного (если сформулировать эту задачу в возможно более краткой форме). Это означает, что психотерапевт вызывает изменения, которые облегчают проявление и понимание пациентом бессознательного, в основном либидинозного содержания. Динамический психотерапевт ищет способ раскрытия у пациента преимущественно сексуального подавленного содержания и сопротивления этому, чего он добивается путем медленного, скрупулезного объяснения и разгадывания исторического значения психических явлений и косвенных форм, в которых выражаются закамуфлированные конфликты, лежащие в их основе. Понятно, что поэтому динамическая цель иногда значительно удалена. В лучшем случае данная концепция лечения означает возможность полной реорганизации личности при окончательном разрешении невротического конфликта. Наиболее важным проявлением этого служит разрешение эдипова комплекса, что традиционно считается необходимым для здоровой личности. Окончательная интеграция личности означает власть Эго над импульсами Ид, или, как следует из классики, «где было Ид, там будет Эго». Центральным в природе терапевтического взаимодействия в динамической психотерапии является постоянное осторожное внимание к особым отношениям между психотерапевтом и пациентом, что касается как субъекта, так и объекта анализа. Исторически были описаны две роли, или позиции, психотерапевта: первичная — с принятием во внимание явлений переноса, и более поздняя, вторичная, — с осуществлением

рабочего, или терапевтического, союза. Первичная позиция базируется на рекомендациях Фрейда: 1) аналитик подобен зеркалу по отношению к пациенту, отражая только то, что дает пациент, и не внося собственные чувства (отношения, ценности, личную жизнь); 2) аналитик следует позиции отсутствующего, или роли воздерживающегося, то есть технические установки должны объединяться с этическими, для того чтобы предотвратить предложение психотерапевтом любви пациенту, которой тот страстно желает. Сравнительно недавно возникшая концепция рабочего, или терапевтического, союза отражает альтернативные, нерегрессивные, рациональные отношения между пациентом и психотерапевтом. В этом случае психотерапевт стремится к формированию реального и зрелого союза с сознательным, зрелым Эго пациента и поощряет его быть партнером в выявлении его трудностей.

Динамический подход реализуется преимущественно средствами вербализации, включающей свободные ассоциации пациента и анализ психотерапевтом реакций переноса и сопротивления. Анализ как задача психотерапевта облегчается четырьмя специфическими процедурами: конфронтацией, прояснением (кларификацией), интерпретацией и прорабатыванием. Методика свободных ассоциаций с самого начала является основным способом взаимодействия психотерапевта с «бесцензурным» содержанием психики пациента. Она служит главной процедурой для выявления «сырого» материала, на котором базируется анализ. Анализ включает также освещение сновидений, которые Фрейд считал «королевской дорогой к бессознательному». Конфронтация обращена к распознаванию пациентом специфических психических явлений, подлежащих исследованию; прояснение предполагает помещение явлений в «резкий фокус», чтобы отделить важные аспекты от незначительных; интерпретация следует за полученным материалом, определяя (в вопросительной форме) основной смысл или причину события; прорабатывание обращено к повторению, постепенному и тщательно разработанному исследованию интерпретаций и сопротивлений до тех пор, пока представленный материал не интегрируется в понимание пациента. Интерпретация является наиболее важной процедурой, а прорабатывание — самой длительной частью психотерапии. Прорабатывание обязательно включает самостоятельную работу пациента вне психотерапевтических часов.

Динамическая психотерапия представлена многочисленными зарубежными и реже — отечественными вариантами этого направления.

За рубежом прототипом психодинамического направления является классический психоанализ, а варианты динамической психотерапии на практике представлены явными и скрытыми модификациями теоретических концепций и технических приемов Фрейда. Они включают попытки: частичного или полного смещения биологического фокуса в межличностные, социальные, этические и культурные сферы (индивидуальная психология Адлера, характерологический анализ Хорни, интерперсональная психотерапия Салливана, гуманистический психоанализ Фромма, интенсивная психотерапия Фромм-Райхманн, биодинамическая концепция Массермана); расширения или усиления Эго за счет более ранних или адаптивных свойств (Эго-анализ Кляйн); ориентировки во времени посредством сосредоточения внимания на первобытном прошлом человека (аналитическая психология Юнга), на его настоящем и/или будущем (индивидуальная психология Адлера, активная аналитическая терапия Штекеля); расширения лечебных процедур путем изменения диапазона и целей лечения (волевая терапия Ранка, Чикагская школа Александера, секторная терапия Дойча); развития принципов краткосрочной психотерапии с ее провоцирующими тревогу приемами (краткосрочная динамическая психотерапия Сифнеоса, Малана); пересмотра роли личности психотерапевта и отношения к пациенту за счет превращения психотерапевта в более непосредственного, гибкого и/или активного участника психотерапевтического процесса (Адлер, Салливан, Ранк, Штекель, Александер); восстановления психофизического баланса человека путем акцента на физической части психофизической организациии (биодинамическая концепция Массермана, психобиологическая терапия Майера) и/или замены традиционного вида лечения, ориентированного на характер инсайта, на такой, который возвращает к катарсису раннего периода путем телесного освобождения от конфликтогенного напряжения (характерологический анализ Райха) и др.

Таким образом, основные категории динамической психотерапии (по Карасу) кратко могут быть сформулированы в следующем виде: концепция патологии основана на признании существования конфликтов в сфере ранних либидинозных влечений и желаний, которые остаются вне сознания, то есть бессознательны; здоровье достигается при разрешении таких конфликтов путем победы Эго над Ид, то есть через усиление Эго; желательные изменения — это достижение глубокого инсайта (понимание далекого прошлого, то есть интеллектуально-эмоциональные знания); временной подход является историческим, фокусируется на субъективном прошлом; лечение требуется, как правило, долговременное и интенсивное; задача психотерапевта заключается в

понимании содержания бессознательной области психики пациента, ее исторического, скрытого значения; психотерапевтическая техника основана на интерпретации свободных ассоциаций, анализе переноса, сопротивления, обмолвок и сновидений; лечебная модель является медицинской и авторитарной: врач — пациент или родитель — ребенок (то есть терапевтический союз); психотерапевт выполняет интерпретирующую и отражающую роль и занимает недирективную, бесстрастную или фрустрирующую позицию.

Из отечественных видов психотерапии к динамическому направлению могут быть отнесены патогенетическая психотерапия Мясищева и личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.

Ниже будет раскрыто содержание основных концепций динамической психотерапии.

Классический психоанализ. Этим термином обозначается: 1) направление глубинной психологии, рассматривающее бессознательное в качестве детерминанты развития и функционирования личности; 2) психотерапевтическая система, в основе которой лежит выявление особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами.

Зигмунд Фрейд

В работе «Эго и Ид» Фрейд писал: «Психоанализ — инструмент, дающий возможность Эго достичь победы над Ид». Он считал, что в психоанализе основные усилия направлены на то, чтобы «усилить Эго, сделать его более независимым от Супер-Эго, расширить сферу действия перцепции и укрепить его организацию...». Цель психоанализа Фрейд видел в том, чтобы сделать бессознательное сознательным; он утверждал, что «дело анализа — обеспечить, насколько это возможно, хорошие условия для функционирования Эго».

Ключевыми, определяющими понятиями психоанализа являются: свободные ассоциации, перенос и интерпретация.

Классическая аналитическая техника включает ежедневные (5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание его на кушетку, избегание всяческих советов, прописывания лекарств, воздержание от управления его жизнью, ограничение высказываний интерпретациями и инструктирование по выполнению основного правила свободных ассоциаций. Психоанализ можно охарактеризовать как долгосрочную, интенсивную, интерпретативную психотерапию.

Техника свободного ассоциирования основана на трех предположениях: все мысли направлены к тому, что является значимым; потребность пациента в психотерапии и значение того, что его лечат, поведут его ассоциации в направлении значимого, за исключением того случая, когда действует сопротивление, сопротивление проявляет себя во время сеансов в невозможности свободно ассоциировать. В соответствии с инструкцией психоаналитика пациент должен выполнять «основное правило» , то есть сообщать свои мысли безоговорочно и не делать попыток сосредоточиваться во время этого.

Вторым ключевым понятием анализа является перенос, процесс, посредством которого пациент перемещает на психоаналитика чувства, мысли, фантазии и пр., вызванные ранее действовавшими в жизни пациента фигурами. Благодаря переносу больной наделяет психоаналитика значимостью другого, обычно ранее существовавшего объекта. Первое описание и обсуждение роли переноса дано Фрейдом в работе об истерии. Перенос является переживанием чувств, побуждений, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которая не является подходящей для этого, но это есть повторение реакций, образованных по отношению к значимым фигурам раннего детства. Основная важность реакций переноса вытекает из того факта, что пациент испытывает в ситуации лечения и в отношении к психоаналитику все значимые человеческие чувства своего прошлого. Перенос — это особый вид отношений, главной характеристикой которого является переживание некоторых чувств, действительно обращенных к другой личности. На личность в настоящем пациент реагирует, как будто это личность из прошлого. Перенос есть повторение, новое «издание» старых объектных отношений. Это анахронизм, временная погрешность; имеет место перемещение: импульсы чувства и защиты по отношению к личности в прошлом перемещаются на личность в настоящем. Поскольку это бессознательное явление, человек, реагирующий чувствами переноса, большей частью не осознает искажения. Определение переноса включает 4 основных утверждения: перенос является разновидностью объектных отношений; явления переноса повторяют прошлое отношение к объекту; механизм перемещения играет важную роль в реакциях переноса; перенос является регрессивным феноменом.

Существует много способов классификации различных клинических форм реакции переноса. В соответствии с объектом переноса и повторяемой стадией развития сексуальности перенос может быть отцовским, материнским, эдиповым, доэдиповым. Перенос может быть объектным или нарциссическим в соответствии с тем, представляет ли пациент своего психоаналитика как внешнюю персону, от которой он зависит, которую он любит или ненавидит, или как часть самого себя. Перенос может быть положительным или отрицательным в зависимости от того, расценивает ли пациент психоаналитика как доброжелательную фигуру или недоброжелательную.

В работе «Воспоминание, повторение и тщательная проработка» Фрейд описал невроз переноса, когда во время психоанализа пациент замещает свой обычный невроз этим неврозом, вовлекая психоаналитика. Автор использовал это понятие, чтобы обозначить совокупность реакций переноса, в котором анализ и психоаналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, а невротический конфликт больного вновь оживает в аналитической ситуации. Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса.

Контрперенос описан Фрейдом в работе «Рекомендации врачам, практикующим психоанализ», где подчеркивается необходимость для психоаналитика «психоаналитического очищения». Для того чтобы разрешить перенос, психоаналитику необходимо соблюдать анонимность: «Врачу следует быть непроницаемым для своих пациентов, и, как зеркало, он не должен показывать им ничего, кроме того, что показывают ему». Автор видел в переносе существенную часть терапевтического процесса: «В конечном счете каждый конфликт должен быть переведен в сферу переноса».

Следующим ключевым понятием психоанализа является интерпретация. В своих заявлениях психоаналитик приписывает сновидениям, симптомам и цепочке свободных ассоциаций пациента некоторое дополнительное значение по сравнению с тем, как расценивает эти феномены сам пациент. Интерпретация переноса устанавливает связь между поведением и ассоциациями пациента и его отношением к психоаналитику. Интерпретация содержания относится к бессознательным импульсам и фантазиям и не касается тех защитных процессов, которые поддерживают их в качестве бессознательных. Прямые интерпретации основываются только на знании психоаналитиком символики, безотносительно к ассоциации пациента. Корректные интерпретации адекватно объясняют интерпретируемый материал, формулируются таким образом и сообщаются в такое время, что обладают актуальностью для пациента.

Интерпретация является наиболее важной аналитической процедурой. Процесс анализирования включает конфронтацию, когда явление должно стать очевидным для сознательного Эго пациента. Прояснение относится к тем действиям, которые имеют целью поместить анализируемый психический феномен в четкий фокус. Следующий шаг при анализировании — интерпретация, которая в психоанализе является окончательным и решающим действием. Интерпретировать — значит делать неосознанные феномены осознанными. Функция интерпретации направлена на увеличение самосознания, способствует интеграции благодаря осознаванию пациентом внутренних процессов. Последний шаг в анализировании — тщательная проработка. Этот термин относится к комплексу процедур и процессов, которые наблюдаются после инсайта.

Классическим примером интерпретации служит толкование сновидений. Психоанализ основан на убеждении, что сновидения имеют психологическое значение, подойти к которому можно через интерпретацию. Фрейд считал, что сновидения имеют первоначальный текст, оглашение которого наталкивается на цензуру, так что сновидение приходится переписывать в форме, непонятной цензору. Первоначальный набросок — это скрытое содержание, его переписывание составляет работу сновидений, а конечный, оглашаемый вариант есть видимое содержание. Автор утверждал, что сновидения выражают желания как исполненные: «Мысль, выраженная в желательном наклонении, заместилась представлением в настоящем времени».

Важным понятием в психоанализе является сопротивление, которое означает противодействие в ходе анализа превращению бессознательных процессов в сознательные. В состоянии сопротивления пациент отклоняет интерпретации психоаналитика. Термин «сопротивление» относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции к процедурам и процессам психоаналитической работы. Сопротивление является повторением тех защитных операций, которые пациент использовал в своей обычной прошлой жизни. Все варианты психических явлений могут быть использованы для целей сопротивления, но, вне зависимости от того, что служит его источником, сопротивление действует через Эго пациента. Хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной. Фрейд писал: «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении включают сопротивление и представляют собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому».

Открытие сопротивления относится к периоду написания работы об истерии. Автор впервые употребил термин «сопротивление» в описании случая с Элизабет фон Р. Он пришел к заключению, что сила, сопротивляющаяся лечению, это та же самая сила, которая охраняет патогенные мысли пациентки. Цель одна — защита. «Незнание истерического пациента есть фактически нежелание знать».

В «Толковании сновидений» Фрейд часто ссылался на концепцию сопротивления. По его мнению, концепции сопротивления и цензуры тесно связаны друг с другом: «Цензура для сновидения то же, что сопротивление для свободной ассоциации... То, что прерывает прогресс аналитической работы, есть сопротивление».

В психоаналитической ситуации механизмы защиты проявляются как сопротивление. Автор употреблял эти термины как синонимы в большинстве своих работ. В течение курса психоанализа силы сопротивления используют все механизмы, формы, способы, методы и защиты, которые Эго применяет во внешней жизни пациента.

Анализ сопротивления включает несколько основных процедур. Психоаналитик должен: осознать сопротивление, продемонстрировать его пациенту, прояснить мотивы и форму сопротивления (какой специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться; какую конкретную форму и метод пациент использует для выражения своего сопротивления); интерпретировать сопротивление (выявить, какие фантазии или воспоминания являются причиной "аффектов и побуждений, которые стоят за сопротивлением; заниматься историей и бессознательными объектами данных аффектов и побуждений или событий во время анализа, вне анализа и в прошлом); интерпретировать форму сопротивления, для чего заниматься анализом этой и сходных форм деятельности во время и вне анализа; проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента. Последняя процедура — тщательная проработка.

Тесно связано с сопротивлением понятие защиты — «общее название для всех специальных приемов, которые Эго использует в конфликтах, могущих привести к неврозу». Предназначение защиты в том, чтобы не допустить осознания импульсов, воспоминаний, предохранить Эго. Механизмы защиты могут побуждаться тревогой, обусловленной увеличением инстинктивного напряжения, угрозами Супер-Эго или реальной опасностью. Поскольку психический фактор,

приводящий в действие защиту, должен воспринять угрожающий перцепт до того, как он становится доступным сознанию, Фрейд заменил понятие «сознание» на Эго, так как Эго является частично бессознательным и способно к автоматическим, бессознательным реакциям на изменения внутреннего напряжения. По мнению автора, неврозы обусловлены нарушениями в работе механизмов защиты.

Техника психоанализа связана с разработанными Фрейдом теорией общего психического развития, включающей понятия психического аппарата и стадий развития детской сексуальности, и теорией психологического происхождения неврозов.

Психический аппарат — центральное понятие метапсихологии автора психоанализа: «Мы предполагаем, что психическая жизнь есть функция аппарата, которому мы приписываем характеристики пространственной протяженности и составленности из нескольких частей, а именно Ид, Эго и Супер-Эго». Формулировки, в которых психическая деятельность помещается в ту или иную часть аппарата, называются топографическими; определения психической активности в терминах взаимодействия частей психического аппарата или изменений в его профиле называют структурными; формулировки, в которых постулируется движение энергии внутри психического аппарата, являются экономическими, включают понятия инстинкта, энергии, либидо.

В соответствии с психоаналитической теорией психическая активность бывает двух видов: сознательной и бессознательной. Первый вид активности представляет собой «непосредственно данное», которое «невозможно более полно объяснить никаким описанием». Предсознательное означает мысли, которые являются бессознательными в определенный момент времени, однако не подавлены и поэтому способны стать сознательными. Бессознательное — это часть души, в которой психические процессы являются бессознательными по функционированию, то есть воспоминания, фантазии, желания и т. д., существование которых можно только подразумевать или которые становятся сознательными только после преодоления сопротивления. В 20-х годах Фрейд переименовал бессознательное в Ид, сознательное — в Эго. Бессознательное — это структура со специфическими свойствами: «Освобождение от взаимного противоречия, первичный процесс, вневременность и замещение внешней действительности психической — все это характерные черты, которые мы надеемся обнаружить у процессов, принадлежащих Системе Бессознательного».

Исторически понятие Ид возникает из понятия бессознательного. В ходе развития Ид предшествует Эго, то есть психический аппарат начинает свое существование как недифференцированное Ид, часть которого затем развивается в структурированное Эго. Ид содержит в себе все, что имеется в наличии с рождения, главным образом то, что заложено в конституции, следовательно, и инстинкты, которые порождаются соматической организацией и которые находят свое первое психическое выражение здесь, в Ид. По определению Фрейда, «Ид — темная, недоступная часть нашей личности. Мы приближаемся к пониманию Ид при помощи сравнения, называя его хаосом, котлом, полным бурлящих побуждений. Мы представляем себе, что у своего предела Ид открыто соматическому, вбирая оттуда в себя инстинктивные потребности, которые находят в нем свое психическое выражение. Благодаря влечениям Ид наполняется энергией, но не имеет организации...».

Эго — это структурное и топографическое понятие, относящееся к организованным частям психического аппарата, противопоставляемое неорганизованному Ид. «Эго — это часть Ид, которое было видоизменено под непосредственным влиянием внешнего мира... Эго репрезентирует то, что можно назвать разумом или здравым смыслом в противоположность Ид, которое заключает в себе страсти. В своем отношении к Ид Эго подобно всаднику, который должен сдерживать превосходящую силу лошади, с той разницей, что наездник старается сделать это при помощи своей собственной силы, тогда как Эго использует для этого позаимствованные силы». Развитие Эго подразумевает рост и приобретение функций, которые дают возможность индивиду все в большей степени подчинять себе свои импульсы, действовать независимо от родительских фигур и контролировать среду.

Супер-Эго — это та часть Эго, в которой развиваются самонаблюдение, самокритика и другие рефлексивные деятельности, где локализуются родительские интроекты. Супер-Эго включает бессознательные элементы, а исходящие от него предписания и торможения берут начало в прошлом субъекта и могут находиться в конфликте с его настоящими ценностями. «Супер-Эго ребенка строится собственно не по примеру родителей, а по родительскому Супер-Эго; оно наполняется тем же содержанием, становится носителем традиции, всех тех сохранившихся во времени ценностей, которые продолжают существовать на этом пути через поколения».

Фрейд делает вывод, что «значительные части Эго и Супер-Эго могут оставаться бессознательными, обычно являются бессознательными. Это значит, что личность ничего не знает об их содержании и ей требуется усилие, чтобы сделать их для себя сознательными».

Фрейд выделял два типа психологического функционирования. Первичный процесс мышления является характеристикой бессознательной психической активности. Он проявляется в конденсации и смещении, то есть образы имеют тенденцию сплавляться друг с другом и могут легко замещать или символизировать друг друга, используя свободную энергию, игнорируя категории пространства и времени, и направляются принципом удовольствия. Вторичный процесс мышления подчиняется заколам грамматики и формальной логики, то есть уменьшает неудовольствие от инстинктивного напряжения посредством адаптивного поведения. Фрейд считал первичные процессы мышления онтогенетически и филогенетически более ранними, рассматривал их как врожденно-неадаптивные, а все развитие Эго — как вторичное, служащее для их подавления. Примером первичных процессов служит сновидение, вторичных — мышление. Другими словами, в первичном процессе мышления, например в сновидении, идеи и образы относительно взаимозаменяемы, так что одна идея или образ легко символизирует другую идею или образ, тогда как во вторичном — сознательная, рациональная мысль, образ, представления и слова имеют относительно постоянную ценность и значение.

Фрейд пытался определить мышление в терминах перемещений энергии. В «Проекте научной психологии» он ввел понятие «катексисы», то есть кванты энергии, вложенные в отдельные умственные образы. В результате эти представления описываются как «заряженные». Связанная энергия относительно неподвижна и характерна для структурированных частей психического аппарата, то есть для Эго и вторичных процессов, тогда как вложения свободной, или подвижной, энергии служит отличительным признаком неструктурированных частей психического аппарата, то есть Ид и первичных процессов.

В работе «Три очерка по теории сексуальности» Фрейд дал определение понятию «либидо» как «меняющейся количественно силы, которой можно измерять все процессы и превращения в области сексуального возбуждения». Он считал, что либидо имеет источник — тело, или Ид, существует в различных формах, связанных со специфическими эрогенными зонами, и подразделяется на оральное, анальное, генитальное либидо; распределяется между различными структурами, или процессами, которые насыщают либидо.

Классический психоанализ утверждает, что взрослое поведение можно интерпретировать как совершенствование, или эволюцию, детского поведения. Процесс развития в целом представляет собой результирующую двух факторов: эволюции врожденных процессов и воздействия на эти процессы опыта. Классическая психоаналитическая теория выделяет две параллельные формы развития: развитие Эго, заключающееся в приобретении Эго-функций, которые увеличивают автономию, и сексуальное развитие, состоящее в преобразовании прегенитальных сексуальных и агрессивных побуждений во взрослую сексуальную и сублимированную деятельность.

Психоанализ постулирует ряд стадий развития детской сексуальности, через которые индивид проходит от младенчества до достижения латентного периода и которые синхронны с рядом стадий развития Эго: оральная, анальная, фаллическая и эдипова стадии; три первые вместе составляют доэдипову стадию. Они названы так потому, что рот, анус и пенис соответственно являются на протяжении этих стадий главными источниками сексуального наслаждения. В оральной стадии рот является главным источником удовольствия и, следовательно, центром познания, она начинается с момента рождения. Фиксированные на оральном уровне склонны сохранять рот в качестве главной эрогенной зоны и фиксироваться на матери (груди); для них характерны глубокие колебания настроения. В анальной стадии анус и дефекация являются главными источниками чувственного наслаждения. Овладение своим телом, особенно его сфинктерами, и социализация импульсов являются главными занятиями младенца. Когда мальчики проходят через фаллическую стадию, они поглощены не только своим пенисом, но также идеей потентности, половой зрелости, мужественности и силы. Эдипова стадия развития сексуальности и Эго находится между 3 и 5 годами. Комплекс Эдипа — группа в значительной степени бессознательных представлений и чувств, концентрирующихся вокруг желания обладать родителем противоположного пола. Согласно Фрейду, комплекс Эдипа — это универсальный феномен, заложенный в филогенезе и ответственный за бессознательное чувство вины. Разрешение комплекса Эдипа достигается обычно идентификацией с родителем того же пола и временным отречением от родителя противоположного пола, который «заново открывается во взрослом сексуальном объекте». Эдипово соперничество с отцом является причиной страха кастрации. Фрейд впервые упоминает о комплексе Эдипа в письме к своему другу в 1897 г., это представление возникло из самоанализа, который автор провел после смерти отца. Первая

публикация, где описывается комплекс Эдипа, — «Толкование сновидений». Эдипов комплекс и комплекс кастрации являются единственными комплексами в классическом психоанализе.

Фрейд интерпретировал определенные черты характера как дериваты стадий развития сексуальности и развития Эго или как аналоги симптомов, то есть защитные процедуры. Он использовал две системы классификации — генетическую и клиническую. Генетические типы характера соотносятся с той или иной стадией развития сексуальности, от которой определенные черты характера и получают свое название; это оральный, анальный, фаллический, генитальный характеры. Клинические типы характера соотносятся с тем или иным психопатологическим состоянием, с которым они аналогичны или имеют максимальное сходство; отсюда истерический, обсессивный, фобический, шизоидный, депрессивный, маниакальный характеры. Оральный характер проявляется у лиц с фиксацией на оральной стадии. Типичными чертами его являются оптимизм и пессимизм, щедрость, легкая смена настроений, болтливость, жадность и склонность заниматься желанными размышлениями. Термин «анальный характер» используется для ссылки на реактивные образования, на анальный эротизм, компульсивные упрямство, аккуратность, скупость, но может относиться и к противоположным им чертам. Индивид с фаллическим характером понимает сексуальное поведение как проявление силы. Генитальный характер проявляется у личности, прошедшей полный анализ, которая разрешила свой комплекс Эдипа, «пробила себе дорогу» через прегенитальную амбивалентность и достигла генитального уровня психосексуального развития. Человек с генитальным характером полностью свободен от инфантильной зависимости.

В теорию развития сексуальности входит описание механизмов регрессии и сублимации. Регрессия — это защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и Эго; стадия, в которой происходит регрессия, детерминирована существованием точек фиксации. Теория регрессии предполагает, что более ранние модели поведения остаются в распоряжении субъекта как альтернативные способы действия. Поскольку регрессия не является эффективным защитным механизмом, она обычно сопровождается дополнительными процессами, предназначенными для предохранения Эго от ее последствий. Фрейд писал: «Сновидения в целом представляют собой пример регрессии к наиболее ранним формам существования спящего, это возврат в детство, к тем инстинктам и тем способам их выражения, которые доступны в этот ранний период». К регрессивным формам психической жизни он относит также невротические состояния. Сублимация — это связанный с развитием процесс, посредством которого инстинктивная энергия разряжается в неоинстинктивных формах поведения. Он включает перемещение энергии с объектов биологической значимости на объекты меньшей инстинктивной важности, освобождение деятельности от веления инстинктивного напряжения. Концепция сублимации объясняет эволюцию «высших функций» из низших. Все сублимации зависят от символизации, *а* все развитие Эго зависит от сублимации.

Классический психоанализ включает теорию психологического происхождения неврозов. В классической теории различаются следующие типы неврозов.

1. Психоневроз, который обусловлен причинами, относящимися к прошлому и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует 3 типа психоневрозов — истерическая конверсия, истерический страх (фобия) и невроз навязчивых состояний. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между Эго и Ид.

2. Актуальный невроз обусловлен причинами, относящимися к настоящему, и объясним в терминах сексуальных привычек пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в половом функционировании. Фрейд разграничил две формы: неврастению как результат половых излишеств и невроз тревоги как результат отсутствия облегчения от полового возбуждения.

3. Нарциссический невроз, при котором пациент не способен к образованию переноса.

4. Невроз характера — в этом случае симптомы являются чертами характера.

5. Травматический невроз, который вызывается потрясением.

6. При неврозе переноса, который развивается в ходе психоанализа, пациент проявляет навязчивый интерес к психоаналитику.

Психоанализ утверждает, что психоневрозы обусловлены невротическим конфликтом, то есть бессознательным конфликтом между побуждением Ид, стремящегося к разрядке, и защитой Эго, предотвращающей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна сторона бессознательна и/или если он разрешается путем применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Психоанализ

рассматривает симптом как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора. Возникновение симптома обусловлено символизацией, которую Фрейд характеризовал как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет Супер-Эго. Именно Супер-Эго заставляет Эго чувствовать себя виноватым даже за символическую и искаженную разрядку, которая проявляется как симптомы психоневроза. Сознательно она ощущается весьма болезненно. Таким образом, все части психического аппарата участвуют в формировании невротического симптома.

Фрейд Зигмунд родился в 1856 г. в Моравии. С 4-летнего возраста почти 30 лет прожил в Вене. В 1873 г. поступил на медицинский факультет Венского университета и через 8 лет получил медицинскую ученую степень.

С 1885 г. преподавал в Венском университете. При поддержке своего первого научного руководителя Брюкке прошел стажировку у Шарко во Франции. В сотрудничестве с Брейером описал катарсический метод лечения истерии. В 1886 г. впервые использовал термин «психоанализ» и с этого времени посвятил всю свою жизнь развитию этого учения. Его учениками были такие известные ученые, как Адлер, Юнг, Ференци, Ранк, Абрахам, Джонс и др. Фрейд явился отцом психоанализа, основателем психодинамической теории личности, его работы стали отправной точкой развития крупного направления — глубинной психологии.

Основные труды: «Толкование сновидений» (1900), «Психопатология обыденной жизни» (1901), «Общие вводные лекции по психоанализу» (1917), «Очерк психоанализа», издана посмертно в 1940 г.

Фрейд умер в Англии в 1939 г.

Аналитическая психология. Одно из направлений психоанализа, автором которого является швейцарский психолог, психиатр и культуролог, теоретик и практик глубинной психологии Юнг. Основные понятия и методы аналитической психологии, сформулированы автором в тавистокских лекциях (Лондон, 1935). Структура психического бытия человека, по Юнгу, включает две фундаментальные сферы — сознание и психическое бессознательное. Психология — в первую очередь и по преимуществу наука о сознании. Она же и наука о содержании и механизмах бессознательного. Так как пока не представляется возможным непосредственное изучение бессознательного, поскольку неизвестна его природа, то выражается оно сознанием и в терминах сознания. Сознание — в значительной мере продукт восприятия и ориентации во внешнем мире, однако, по словам Юнга, оно не состоит целиком из чувственных данных, как утверждают психологи прошлых столетий. Автор оспаривал также позицию Фрейда, выводящего бессознательное из сознания. Он ставил вопрос противоположным образом: все, что возникает в сознании, вначале с очевидностью не осознается, и осознание вытекает из неосознанного состояния.

В сознании Юнг различал эктопсихические и эндопсихические функции ориентации. К эктопсихическим функциям сознания автор относил систему ориентации, имеющую дело с внешними факторами, получаемыми посредством органов чувств; к эндопсихическим — систему связей между содержанием сознания и процессами в бессознательном. В эктопсихические функции входят: 1) ощущение, 2) мышление, 3) чувство, 4) интуиция. Если ощущение говорит, что нечто есть, то мышление определяет, что есть эта вещь, то есть вводит понятие; чувство информирует о ценности этой вещи. Однако этими знаниями информация о вещи не исчерпывается, так как не учитывает категорию времени. Вещь имеет свое прошлое и будущее. Ориентация относительно этой категории и осуществляется интуицией, предчувствием. Там, где бессильны понятия и оценки, мы целиком зависим от дара интуиции. Перечисленные функции представлены в каждом индивиде с различной степенью выраженности. Доминирующая функция определяет психологический тип. Юнг выводил закономерность соподчиненности эктопсихических функций: при доминировании мыслительной функции подчиненной является функция чувства, при доминировании ощущения в подчинении оказывается интуиция, и наоборот. Доминирующие функции всегда дифференцированны, мы в них «цивилизованны» и предположительно обладаем свободой выбора. Подчиненные функции, напротив, ассоциируются с архаичностью в личности, бесконтрольностью.

Эктопсихическими функциями не исчерпывается сознательная сфера психического; ее эндопсихическая сторона включает: 1) память, 2) субъективные компоненты сознательных функций; 3) аффекты, 4) инвазии, или вторжения. Память позволяет репродуцировать бессознательное, осуществлять связи с тем, что стало подсознательным — подавленным или отброшенным. Субъективные компоненты, аффекты, вторжения еще в большей степени играют роль, отведенную эндопсихическим функциям, — являются тем самым средством, благодаря которому бессознательное содержание достигает поверхности сознания.

Центром сознания, по Юнгу, является Эго-комплекс психических факторов, сконструированный из информации о собственном теле, существовании и из определенных наборов (серий) памяти. Эго обладает огромной энергией притяжения — оно притягивает как содержание бессознательного, так и впечатления извне. Осознается только то, что входит в связь с Эго. Эго-комплекс проявляет себя в волевом усилии. Если эктопсихические функции сознания контролируются Эго-комплексом, то в эндопсихической системе лишь память, и то до определенной степени, контролируема волей. Еще в меньшей степени контролируются субъективные компоненты функций. Аффекты и вторжения и вовсе контролируются «одной лишь силой». Чем ближе к бессознательному, тем менее Эго-комплекс осуществляет контроль над психической функцией, другими словами, мы можем приблизиться к бессознательному только благодаря свойству эндопсихических функций не контролироваться волей. То, что достигло эндопсихической сферы, становится осознанным, определяет наше представление о себе. Но человек не статичная структура, он постоянно изменяется. Часть нашей личности, пребывающая в тени, пока неосознанная, находится в стадии становления. Таким образом, потенциалы, заложенные в личности, содержатся в теневой, неосознанной стороне.

Бессознательная сфера психического, не поддающаяся прямому наблюдению, проявляется в своих продуктах, переходящих порог сознания, которые Юнг делит на 2 класса. Первый содержит познаваемый материал сугубо личностного происхождения. Этот класс содержаний Юнг назвал подсознательным разумом, или личностным бессознательным, состоящим из элементов, организующих человеческую личность как целое. Другой класс содержаний, не имеющих индивидуального происхождения, автор определил как коллективное бессознательное. Содержания эти принадлежат типу, воплощающему свойства не отдельного психического бытия, а всего человечества как некоего общего целого, и, таким образом, являются коллективными по природе. Эти коллективные паттерны, или типы, или образцы, Юнг назвал архетипами.

Архетип — определенное образование архаического характера, включающее равно как по форме, так и по содержанию мифологические мотивы. Мифологические мотивы выражают психологический механизм интроверсии сознательного разума в глубинные пласты бессознательной психики. Сфера архетипического разума — ядро бессознательного. Содержания коллективного бессознательного не контролируются волей; они не только универсальны, но и автономны. Юнг предлагает 3 метода для достижения сферы бессознательного: метод словесных ассоциаций, анализ сновидений и метод активного воображения. Тест словесных ассоциаций, принесший Юнгу широкую известность, заключается в том, чтобы испытуемый как можно более быстро ответил на слово-стимул первым пришедшим ему в голову словом-ответом. Время каждой реакции фиксируется. Эксперимент после первого чтения повторяется снова. Юнг описал 12 различных типов нарушения реакции: увеличение времени реакции; реакция более чем одним словом; реакция, выраженная не словесно, а мимикой; неправильное воспроизведение и т. д. Нарушенные реакции рассматриваются как «индикатор комплекса». Под комплексом понимается сочетание ассоциаций, нечто вроде слепка более или менее сложной психологической природы — иногда травматического, иногда просто болезненного, аффектированного характера. Комплекс, связанный с физиологическими реакциями и обладающий собственной энергией, имеет тенденцию «образовывать как бы отдельную маленькую личность». Бессознательное, таким образом, состоит из неопределенного (неизвестного) числа комплексов, или фрагментарных личностей, персонификация которых может стать патологическим условием. В том случае, когда цель исследователя не выявление комплексов, а выяснение, «что бессознательное делает с комплексами», автор применял метод анализа сновидений.

Отдавая дань заслуге Фрейда, поставившего проблему сновидений в изучении бессознательного, Юнг в толковании снов занимал принципиально отличную от него позицию. Если, по Фрейду, сон есть «искажение, которое маскирует оригинал» и преодоление которого ведет к комплексам, согласно Юнгу, сон ничего не скрывает, он сам по себе закончен и целостен. Сон выполняет компенсаторную функцию, являясь «естественной реакцией саморегуляции психической системы». Юнг видел в сновидении сигнал бессознательного о том, что индивид «отклонился от собственного пути». Задача исследователя — понять этот сигнал, опираясь на чувства сновидца по поводу тех или иных образов сновидения, так как сны всегда являются реакцией на сознательную установку и ключ к их пониманию поэтому находится у самого сновидца. Появление в снах мифологических, архетипических образов свидетельствует о движении к целостности, индивидуальной завершенности. Другими словами, погружение в глубины бессознательного приносит исцеление. В связи с этим важное место в интерпретации сновидений Юнг отводил архетипическим, мифологическим образам. Процесс излечения является процессом идентификации с целостной личностью, с «самостью» — ключевым архетипом в аналитической психологии.

Важное место в психотерапии пациента — на пути к его целостности — Юнг отводил осознанию переноса. Психологический процесс переноса он рассматривал как частную форму более общего психологического механизма проекции, возникающей между двумя людьми. Перенос, по Юнгу, в отличие от фрейдовского понимания, несет не только эротическое, но и все активные содержания бессознательного. Эмоции спроектированных содержаний всегда образуют некое динамическое соотношение между субъектом и объектом — это и есть перенос, который по своему характеру может быть положительным и отрицательным. Перенос, возникающий в процессе анализа, часто свидетельствует о трудностях установления эмоционального контакта между врачом и пациентом — дистанцию между ними бессознательное пациента пытается «покрыть» и возводит компенсаторный мост. Интенсивность переноса пропорциональна важности проектируемого содержания, значительности его для пациента. Чем дольше практикуется содержание, тем больше аналитик заключает в себе эти «ценности» пациента. Задача психотерапевта — «вернуть» их пациенту, иначе анализ не будет завершен. Для снятия переноса необходимо добиться от пациента осознания субъективной ценности личностного и безличностного содержаний его переноса. Юнг выделял 4 стадии терапии переноса. На первой стадии пациент осознает факт проекции личностного бессознательного и вырабатывает субъективную оценку тех содержаний, которые создают проблему. Он должен ассимилировать эти образы со своим собственным психическим бытием, понять, что приписываемые объекту оценки являются его собственными качествами. Лечение невроза, означающее требование стать целостной личностью, предполагает «узнавание и ответственность за свое целостное бытие, за его хорошие и плохие стороны, возвышенные и низменные функции». Если снятие проекции личностных образов состоялось, но тем не менее перенос имеет место, наступает вторая стадия лечения — разделение личностных и безличностных содержаний. Проекция безличностных образов сама по себе носит опосредованный характер, поэтому аннулировать здесь можно лишь сам акт проекции, но никак не ее содержание. На третьей стадии терапии переноса происходит отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных образов. Это существенная часть процесса, понимаемого Юнгом как «путь к себе», или «самореализация» , целью которой является осознание пациентом некоего центра внутри его психического бытия (но не внутри его Эго), позволяющее ему не связывать более свое будущее счастье, а иногда и жизнь с некими внешними посредниками, будь то люди, идеи, обстоятельства.

Значительную известность в психологии получило выделение Юнгом экстравертированного и интровертированного типов личности. Экстраверты весь свой интерес направляют на окружающий мир; объект действует на них, по выражению Юнга, как магнит, и как бы отчуждает субъекта от самого себя. У интровертов же вся жизненная энергия направлена на себя, на свое психическое бытие. В основе различий этих типов Юнг видит состояние аффективного напряжения. Высокое напряжение эмоций интроверта обусловливает длительность и яркость полученных им впечатлений; эмоциональная же насыщенность внешних впечатлений экстраверта быстро падает, не оставляя значительного следа, и лишь новизна объекта может вызвать быстро гаснущую эмоциональную вспышку. Слабая обращенность экстравертов на свой внутренний мир обусловливает, согласно Юнгу, инфантильность и архаичность сферы их бессознательной психики, проявляющиеся в эгоцентризме, эгоизме и тщеславии. Обращенность вовне выражается и в стремлении экстравертов произвести впечатление на окружающих. Прямо противоположным является психический облик интроверта. Предложенная Юнгом типология личности и в настоящее время используется в психоаналитической практике.

Юнг Карл Густав родился в 1875 г. в Швейцарии. Закончил медицинский факультет Базельского университета. В 1900 г. стал ассистентом, в дальнейшем близким сотрудником известного психиатра Е. Блейлера. Стажировался у Жане в Париже. В 1905 г. познакомился с научными трудами Фрейда и начал активное сотрудничество с ним. Фрейд считал Юнга своим научным преемником. В 1914 г. из-за теоретических разногласий прервал взаимоотношения с Фрейдом. Работал над созданием собственной теории, получившей название «аналитическая психология».

Основные труды: «Метаморфозы и символы либидо» (1913), «Психологические типы» (1921), «Воспоминания, сны, размышления» (1961).

Юнг умер в 1961 г. в Цюрихе в возрасте 85 лет.

Индивидуальная психология. Созданная Адлером, индивидуальная психология явилась крупным шагом вперед в понимании человека, неповторимости его уникального жизненного пути. Именно индивидуальная психология предвосхитила многие положения гуманистической психологии, экзистенциализма, гештальт-терапии и др.

Индивидуальная психология включает в себя такие понятия, как: жизненные цели, стиль жизни, схема апперцепции, чувство общественного и связанная с ним потребность в социальной

кооперации, самость. Адлер полагал, что жизненные цели, мотивирующие поведение человека в настоящем, ориентирующие его на развитие и достижение исполнения желаний в будущем, коренятся в его прошлом опыте, а в настоящем поддерживаются актуализацией чувства опасности, незащищенности. Жизненная цель каждого индивидуума складывается из его личного опыта, ценностей, отношений, особенностей самой личности. Многие жизненные цели сформировались еще в раннем детстве и остаются до поры до времени неосознанными. Сам Адлер считал, что на его выбор профессии врача повлияли частые болезни в детстве и связанный с ними страх смерти.

Жизненные цели служат индивидууму для защиты против чувства беспомощности, средством соединения совершенного и могущественного будущего с тревожным и неопределенным настоящим. При выраженности чувства неполноценности, столь характерного для больных неврозами в понимании Адлера, жизненные цели могут приобретать преувеличенный, нереалистический характер (автором открыты механизмы компенсации и гиперкомпенсации). У больного неврозом часто наблюдается весьма значительное расхождение между сознательными и неосознаваемыми целями, в результате чего он игнорирует возможность реальных достижений и предпочитает фантазии на тему личного превосходства.

Стиль жизни — это тот уникальный способ, который выбирает человек для реализации своих жизненных целей. Это интегрированный стиль приспособления к жизни и взаимодействия с ней. Симптом болезни или черта личности могут быть поняты лишь в контексте стиля жизни, как своеобразное его выражение. Поэтому так актуальны сейчас слова Адлера: «Индивидуум как целостное существо не может быть изъят из своих связей с жизнью... По этой причине экспериментальные тесты, которые имеют дело в лучшем случае с частными аспектами жизни индивидуума, мало что могут сказать нам о его характере...»

В рамках своего стиля жизни каждый человек создает субъективное представление о себе и мире, которое Адлер называл схемой апперцепции и которое детерминирует его поведение. Схема апперцепции, как правило, обладает способностью самоподтверждения, или самоусиления. Например, изначальное переживание человеком страха приведет его к тому, что окружающая ситуация, с которой он вступит в контакт, будет восприниматься им как еще более угрожающая.

Под чувством общественного Адлер понимал «чувство человеческой солидарности, связи человека с человеком... расширение ощущения товарищества в человеческом обществе». В определенном смысле все человеческое поведение социально, поскольку, говорил он, мы развиваемся в социальном окружении и наши личности формируются социально. Чувство общественного включает ощущение родства со всем человечеством и связанность с жизненным целым.

Адлер полагал, что способность и потребность кооперироваться являются одной из важнейших форм приспособления людей к среде. Только кооперация людей, согласованность их поведения предоставляет им шанс преодоления действительной неполноценности или ощущения ее. Заблокированная потребность в социальной кооперации и сопутствующее ей чувство неадекватности лежат в основе неприспособленности к жизни и невротического поведения.

Афористично звучат слова Адлера: «Если человек сотрудничает с людьми, он никогда не станет невротиком».

Понятие самости, как и многие категории психоанализа, автор не относит к операциональным. Самость в его понимании тождественна творческой силе, с помощью которой человек направляет свои потребности, придает им форму и значимую цель. Формирование жизненной цели, стиля жизни, схемы апперцепции — акты творчества. Самость руководит и управляет индивидуальным реагированием на окружающее. По мнению Адлера, основным недостатком в понимании Фрейдом личности и сущности психотерапевтического процесса была недооценка уникальности человеческой судьбы. Самость — форма реализации этой уникальности, она активно формирует стиль жизни, отвергая одни переживания и избирательно принимая другие.

В концепции психотерапии Адлер выделял 3 аспекта: понимание и принятие пациентом индивидуального стиля жизни; помощь пациенту в понимании себя; тренировка и усиление социального интереса, потребности в социальной кооперации.

Как правило, сеанс психотерапии начинается с анализа индивидуального стиля жизни пациента, то есть поиска тех проблем, которые отражаются в поведении его на разных этапах онтогенеза. Этому помогает анализ самых ранних воспоминаний или наиболее значимых событий детства. Воспоминания, которые первыми придут на ум, по мнению Адлера, далеко не случайны, а соответствуют тем психологическим проблемам, которые пациент самостоятельно решить не мог как в прошлом, так и в настоящем. В рассказе пациента найдут отражение негативные

обстоятельства, повлиявшие на его личностный рост, а именно — органическая неполноценность, эмоциональное отвержение или избыточное потворство со стороны родителей. Важно также обращать внимание на невербальные сообщения пациента — мимику, жесты, интонацию голоса, а также ключевые слова (глаголы), которыми он выражает прошлые действия (прообраз практики нейролингвистического программирования).

Сама психотерапия представляет собой процедуру, отличную от психоанализа Фрейда. В беседах с пациентом психотерапевт создает атмосферу безопасности, доброжелательности, сочувствия и поддержки. Он собирает материал, интегрирует те части прошлого и настоящего опыта больного, которые ускользали от его осознания. А затем возникшая вновь целостность «с улыбкой возвращается психотерапевтом пациенту». Непременными условиями психотерапии является установление визуального контакта и эмпатического раппорта.

Следующий шаг в психотерапии Адлера — оказание помощи пациенту в понимании себя. Что в прошлом опыте переживалось и переживается как слабость, недостаточность, некомпетентность? Какие цели ставит перед собой пациент, чтобы достигнуть невротических атрибутов превосходства? Если когнитивное осознание этих реалий пациентом достигнуто, то он оказывается готовым воспринять этот опыт и эмоционально, а в дальнейшем через выполнение конкретных заданий психотерапевта реализовать его в поведении. Наконец, сотрудничество психотерапевта и пациента становится предметом их совместного обсуждения. Что испытывает пациент по отношению к психотерапевту? Какие переживания из его раннего опыта он проецирует на психотерапевта? Пациент, удовлетворив свою потребность быть услышанным, понятым, принятым, становится способным открыться альтруистическому опыту и осознать собственную противоречивость. Своим новым поведением, интересом к проблемам ближних он инициирует изменения в социальном контексте, от которого, в свою очередь, сам зависит.

Таким образом, схема развития психотерапевтического процесса в индивидуальной психологии выглядит следующим образом: 1) вхождение психотерапевта в контакт с пациентом с помощью эмпатии, доброты, поддержки; 2) формирование ответственности пациента за успех лечения (сигналом о готовности его к сотрудничеству с психотерапевтом служит, в частности, желание вспомнить собственное прошлое); 3) когнитивное осознание пациентом жизненного стиля и проблем самости; 4) эмоциональное отреагирование и соприкосновение с ранее неосознаваемым чувственным опытом; 5) проверка в реальности нового опыта.

Адлер Альфред родился в Австрии в пригороде Вены в 1870 г. В детстве перенес несколько тяжелых заболеваний и упорно боролся со своей физической слабостью. В 18 лет поступил в Венский университет и получил медицинскую степень в 1895 г. С 1901 г. был активным участником дискуссионной группы по психоанализу, куда вошел по приглашению Фрейда. В 1911 г. из-за идейных разногласий прервал сотрудничество с Фрейдом и создал собственную теоретическую концепцию под названием «индивидуальная психология». В 1935 г. переехал в США, где преподавал психологию и продолжал работать психиатром.

Основные труды: «Практика и теория индивидуальной психологии» (1927), «Наука жизни» (1929), «Образ жизни» (1930), «Смысл жизни» (1931).

Умер в 1937 г. в Арбердине (Шотландия) во время поездки с циклом лекций.

Дальнейшее развитие психоанализа осуществлялось в рамках неопсихоанализа. Особую роль в нем сыграло направление, придающее большее, чем классический психоанализ, значение социокультурным факторам в развитии невроза, учитывающее влияние общества на выбор и формирование невротических симптомов. Оно получило название культурного психоанализа. Наиболее видными его представителями являются Хорни, Фромм, Райх, Салливан.

Характерологический анализ Хорни. Будучи одним из наиболее ярких представителей неопсихоанализа, Хорни формировалась в традициях учения Фрейда. Как и Фрейд, она подчеркивала важную роль бессознательных конфликтов. Вместе с тем концепция Хорни отличалась от ортодоксального психоанализа, который она нередко критиковала по нескольким направлениям, в частности в связи с обсуждением вопросов, касающихся женской сексуальности. Одно из принципиальных отличий концепции Хорни заключалось в уменьшении значения либидо, другое — в отрицании представления о том, что люди мотивированы преимущественно врожденными и запретными инстинктами, которые в конечном итоге сводятся к инцесту и глобальной деструкции. От Фрейда Хорни отличает также акцент на социальные, а не биологические детерминанты формирования здоровой и невротической личности.

Каждый человек, с точки зрения Хорни, обладает собственным личностным потенциалом развития, конструктивная реализация которого позволяет индивиду достигать цели, добиваться успехов, преодолевать трудности и постепенно становиться тем, кем он может и хочет стать.

Психопатологические расстройства возникают только в том случае, если силы, способствующие позитивному росту и развитию, блокируются внешними социальными факторами. В ребенке, растущем в здоровой социальной среде, развивается чувство принадлежности к безопасному и обучающему окружению. Ребенок, родители или воспитатели которого не способны проявлять любовь, заботу и уважение к его индивидуальности, становится человеком, постоянно испытывающим чувство тревоги, воспринимающим мир как недружественный и враждебный. В этом случае здоровое стремление к самоактуализации замещается всепоглощающим стремлением к безопасности — основной невротической потребности. Хорни особо подчеркивала важность выделения концепции базисной тревоги. Это чувство тревоги, беззащитности ребенка, рождающееся из состояния изоляции и беспомощности в потенциально враждебном ему мире. Базисную тревогу нельзя считать наследственной, генетически обусловленной, она всегда представляет собой продукт культуры и воспитания. Тревога такого рода становится основой для возникновения более поздних личностных нарушений. Невротическое стремление к безопасности достигается гипертрофией одного из трех типов защитных реакций: беспомощности, агрессивности и отгороженности. Если человек предпочтительно использует один из типов защиты, почти полностью игнорируя остальные, то формируется один из трех типов характера: ищущий любви, доверия, расположения других людей (движение к людям); агрессивный, враждебный (направление потребности — движение против людей); обособленный, независимый (направление потребности — движение от людей).

Невротический защитный механизм беспомощности выражается в слишком сильном стремлении к протекции, поддержке, защите и в преувеличенном, можно сказать, притворном стремлении соглашаться с желаниями других (ориентация взаимодействия в обществе — движение к людям). Невротический защитный механизм враждебности основан на убеждении, что в жизни действует закон джунглей, где выживает сильнейший. Тот, кто подчеркивает в своем поведении такую жизненную ориентацию, считает других враждебными и лицемерными, отрицает теплые, спонтанные отношения между людьми, предпочитая различного рода манипулирование ими. Он убежден, что настоящих привязанностей не существует (ориентация в обществе — движение против людей). Защитный механизм ухода, отгораживания выражается в отказе от интимных, дружеских и просто бытовых контактов с другими (ориентация в обществе — движение от людей), в то время как здоровый человек предпочитает свободно общаться, сближаться с окружающими, лишь иногда идти против них или уходить от контактов с ними в зависимости от обстоятельств, невротик решает проблему общения всегда негибким способом. Он выбирает один из типов коммуникации, тогда как в действительности они не исключают друг друга. В ситуации, когда значение двух возможных, но не реализуемых ориентации на взаимодействие преуменьшается или полностью игнорируется, создаются условия для вытеснения их на бессознательный уровень, где и разворачивается конфликт между ними и доминирующей ориентацией.

Другой тип невротического внутриличностного конфликта, особо выделяемый Хорни, касается сферы идеализированного образа собственного Я. Люди, страдающие под гнетом собственной невротической структуры личности, не только подавляют свои проблемы, конфликты потребностей, но и не осознают свои недостатки и слабости, которые, возможно, смутно чувствуют (предчувствуют) и даже презирают. Обычно у них формируется сознательный образ самих себя, в котором все позитивные, социально одобряемые черты представлены в сильно преувеличенном виде. Это, в свою очередь, усиливает доминирующее невротическое решение проблемы. Идеализированный образ самого себя заставляет человека ставить перед собой практически недостижимые цели и задачи, предопределяющие неизбежное поражение, которое, в свою очередь, усиливает недовольство собой, может вызвать даже презрение к себе, увеличивая конфликт между реальным Я и мощным и грозным идеализированным его образом. Создается замкнутый круг, в котором постоянно циркулирует стремление соответствовать, поддерживать этот «славный» образ путем достижения нереалистичных, а значит, и недостижимых целей.

Безжалостные внутренние требования, терзающие невротика, Хорни называет «тиранией долга». Такой человек искренне считает, что он должен быть головокружительно успешным, невероятно точным, всегда и только любящим, абсолютно неэгоистичным, должен иметь особую работу, необыкновенного партнера, самых лучших детей и т. д. Системы таких императивов настолько доминируют в сознании невротика, что заслоняют или даже стирают настоящие и здоровые желания до такой степени, что несчастный не различает, в чем он в действительности нуждается и что он просто должен делать в жизни.

По мнению Хорни, только психоанализ, возможно в форме самоанализа, может помочь человеку преодолеть сильное и болезненное стремление к недостижимым целям и заменить их деятельностью, приносящей удовлетворение и радость самореализации.

Цель психотерапии Хорни видит в необходимости помочь больному неврозом осознать свой «идеализированный образ» и его функции, тем самым показав, что подобные попытки разрешения конфликта не приводят к желаемому результату. В процессе аналитической работы она стремится путем раскрытия Идеализированного Я помочь пациенту в его подлинно человеческом развитии и развертывании его тенденций к самореализации, к переориентации мыслей, чувств и жизненных планов. Осознание больным различных факторов своего существования должно быть действительным знанием, что достигается посредством эмоционального переживания. Аналитическую работу Хорни дополняет психосинтезом, пробуждением у пациента конструктивных сил, стремления к саморазвитию. Самореализация означает готовность к глубокому переживанию своих желаний и чувств, к выявлению своего предназначения в жизни и принятию ответственности как за себя, так и за других людей, к установлению дружеских, эмоционально окрашенных межличностных связей. В целом психотерапия служит устранению разрыва между Реальным Я человека и его Идеализированным Я, образующимся в процессе невротического развития личности. Цель психотерапии по Хорни можно выразить, перефразируя слова Фрейда: «Там, где было Идеализированное Я, должно быть Реальное Я».

Хорни Карен родилась в Гамбурге в 1885 г. Училась на медицинском факультете Берлинского университета, который закончила в 1932 г. С 1920 г. сотрудничала с Берлинским психоаналитическим институтом. Проходила анализ у Абрахама и Сакса, выдающихся психоаналитиков того времени. В 1932 г. по приглашению Александера переехала в США. Разочаровавшись в ортодоксальном психоанализе, основала «Ассоциацию за прогресс психоанализа» и в 1941 г. — Американский институт психоанализа, который возглавляла всю свою жизнь. Разработала собственную психоаналитическую концепцию с акцентом на социальные факторы под названием «характерологический психоанализ».

Основные труды: «Невротическая личность нашего времени» (1937), «Самоанализ» (1942), «Неврозы и развитие человека» (1950).

Хорни умерла в 1952 г. в возрасте 67 лет.

Гуманистический психоанализ. Исследуя природу и общественную сущность человека, характер «болезни» современного капиталистического общества, идеал «здорового» общества и подлинной человеческой жизни, сочетая различные учения о человеке, главным образом психоанализ, экзистенциализм и философскую антропологию, Фромм стремился создать «диалектически- и гуманистически-ориентированный психоанализ», синтезирующий марксистские и психоаналитические теории личности, общества и культуры. В основе гуманистического психоанализа лежит идея об общественной обусловленности психики, о понимании человека в контексте социальных условий его существования. Цель данного вида психоанализа — познание человеком своей внутренней природы, способствование раскрытию потребностей, смысла жизни и ценностных аспектов человеческого бытия.

В концепции сущности человека Фромма центральной проблемой является внутренне присущее человеческому существованию противоречие между бытием индивидуума в природе, бытием «брошенного в мир не по своей воле» и тем, что он выходит за пределы природы благодаря «способности осознания себя, других, прошлого и настоящего». Исторический процесс развития цивилизации ведет к формированию двух основных тенденций человека — стремление к свободе и отчуждению. По мнению Фромма, свобода человека объединяет негативную «свободу от» и позитивную «свободу для». Развитие человечества идет по пути увеличения «свободы от», что ведет к отчуждению, которое становится всеобъемлющим фактором человеческого существования, в результате он «утрачивает свою самость», обретает свободу, но лишается социальной защищенности. Так возникает механизм «бегства от свободы». Автор концепции выделил три бессознательных психологических механизма, регулирующих отношения человека и общества: 1) мазохистические и садистические тенденции, доминирование которых ведет к формированию авторитарного характера, проявляющегося в позиции: жизнь определяется силами, находящимися вне человека; 2) деструктивизм — стремление человека разрушить мир, чтобы он не разрушил его самого; 3) автоматический конформизм, который заключается в идентификации потребностей, норм индивидуума с социально одобряемыми ценностями, В результате противоречия между Я и миром исчезают, а вместе с тем и сознательный страх одиночества и бессилия. Однако цена, которую платит человек, велика — это потеря самого себя.

Оторванному от природы и лишенному естественных связей человеку угрожает одиночество, поэтому он стремится восстановить единство с миром. Но в современном технократическом

обществе преобладают «непродуктивные», неподлинные формы межличностных коммуникаций. Одна из них получила название «симбиотическое отношение». Избежать одиночества человек может через подчинение себя группе, Богу, другому человеку. Индивидуум идентифицирует себя с целым, с той силой, которой он подчинен. В противоположном случае он преодолевает одиночество на пути к господству, стремится к соединению с миром через завоевание власти, делая других частью самого себя. Однако в обоих случаях теряется свобода и нарушается целостность человеческой личности. Этим позициям Фромм противопоставил любовь как «продуктивную ориентацию», когда человек соединяется с самим собой, другими людьми благодаря активности и творчеству.

Противоречивость человеческого существования автор раскрывал через две формы дихотомий — «экзистенциальную» и «историческую». Наиболее существенной «экзистенциальной дихотомией» является дихотомия между жизнью и смертью. Из-за неспособности человека сделать выбор возникает тревога и беспокойство, что создает еще одну, «экзистенциальную дихотомию», поскольку «цена, которую человек платит за сознание, — неуверенность». Стремление личности к сохранению своей уникальности и установление отношений с другими людьми, где человек идентифицирует себя с миром, также вызывает «экзистенциальную дихотомию». К «историческим дихотомиям» Фромм относил противоречия, создающиеся и разрешающиеся в процессе исторического развития; он считал, что «человек может реагировать на исторические противоречия, аннулируя их посредством своей собственной деятельности, но он не может аннулировать «экзистенциальные» дихотомии, несмотря на то что может реагировать на них различными способами». Устранение «исторических дихотомий», которые зависят от существующих социальных условий, может произойти при построении «гуманистического общества». Поскольку «экзистенциальные дихотомии» заложены в самой человеческой природе, они могут быть разрешены путем раскрытия готовности человека к любви, вере и размышлению. Способом восстановления гармонии между человеком и обществом является гуманистический психоанализ, способствующий пробуждению критических элементов в сознании личности.

Фромм считал, что человек должен осознать неподлинность своего существования в современном обществе, чтобы затем реализовать заложенные в его существе возможности. «Хотя и имеются некоторые потребности, общие для всех людей, такие как голод, жажда, секс, но те потребности, которые создают различия в характере человека, — любовь и ненависть, вожделение власти и стремление подчиняться, наслаждение чувственными удовольствиями и страх перед ними — все это продукты социального процесса. Наиболее прекрасные и самые безобразные склонности человека представляют собой не компоненты фиксированной и биологически заданной человеческой природы, а результаты социального процесса, который творит людей». В книге «Революция надежды» автор изложил программу преобразования буржуазных социальных структур в направлении гуманизации человека и общества. Необходимо создание таких ценностей, при наличии которых человек мог бы отказаться от социальной маски и обнажить свои подлинные потребности. Эти ценности должны способствовать его развитию. В поиске новых «психодуховных ориентации» человека Фромм обратился к философии любви, которая способствует устранению оторванности людей друг от друга, преодолению дихотомий человеческого существования, восстановлению гармонии человека и общества. Любовь, по мнению автора, дает единственно верный и «удовлетворительный ответ на проблему человеческого существования» и является высшей гуманистической ценностью.

Фромм Эрих родился в 1900 г. в Германии во Франкфурте-на-Майне. Изучал пихологию, философию и социологию в Университете Гейдельберга. С 1925 по 1930 гг. осваивал психоанализ в Мюнхене и Берлинском институте психоанализа. В 1930 г. организовал Южно-германский институт психоанализа во Франкфурте. В 1933 г. переехал в США, где преподавал и занимался в Нью-Йорке частной практикой. Испытывал влияние трудов Маркса, Фрейда, Баховена, а также ортодоксального иудаизма. Разработал собственную теоретическую концепцию — гуманистический психоанализ.

Основные труды: «Бегство от свободы» (1941), «Человек для самого себя» (1947), «Психоанализ и религия» (1950), «Анатомия человеческой деструктивности» (1973), «Иметь или быть?» (1976).

В 1974 г. Фромм переехал в Швейцарию, где умер в 1980 г.

Интерперсональная психотерапия Салливана. Психиатрический и психотерапевтический подход, разработанный Салливаном, основан на представлении о ведущем значении межличностных отношений между людьми в норме и патологии.

Развитие концепции в известной мере определялось конфронтацией с психоанализом. Суть интерперсональной психотерапии Салливана состоит в признании важности межличностного

взаимодействия как основы формирования нормы и патологии. Согласно Салливану, человека характеризуют две ведущие потребности, одна из которых имеет биологическую природу (потребность в нежности, ласке), а вторая (потребность в безопасности) связана с межличностными отношениями. Психологический смысл первой потребности — ослабление силы физиологических потребностей (голод, жажда, половое влечение). Этот уровень функционирования присущ и животным. Вторая ведущая потребность имеет уже чисто человеческую природу и направлена на снижение тревоги и неуверенности. Удовлетворение второй потребности ложными способами приводит к психическим заболеваниям, которых, по мнению Салливана, у животных нет.

Отдельно Салливан акцентирует внимание на важной роли тревоги в патологии (дезорганизации жизни) и вообще в жизни. Нарушения поведения являются реакцией на усиление тревоги. Большое значение имеет и конфликт тенденций: стремление удовлетворить физиологические потребности может привести к утрате чувства безопасности. Одним из путей, которым индивид может избавиться от тревоги, является механизм «избирательного внимания», отсеивающий информацию, несущую тревогу.

Способы ослабления тревоги закрепляются в опыте. Важнейший период в этом смысле — детство. Причина, по которой именно в детстве происходит формирование наибольшего числа искаженных форм поведения, — неполноценный опыт. Неполноценность опыта на этом этапе развития обусловлена так называемой прототаксической — поверхностной, «до целенаправленной» — формой его приобретения. Сам опыт проживается на этом этапе развития в виде моментальных состояний, причем отсутствует понимание связи между прошлым, настоящим и будущим. При таком опыте окружение отождествляется с собственными эмоциями ребенка. Например, материнская грудь воспринимается по-разному. Если молоко идет легко и в достаточном количестве, что приводит к удовлетворению биологической потребности, то сама грудь закрепляется в сознании как хорошая. Если молока мало, то грудь закрепляется в сознании как плохая.

Следующий период развития — паратаксический — характеризуется тем, что индивид осознает определенные связи между явлениями, но эти связи могут носить поверхностный, случайный и внешний характер. Например, при совпадении событий во времени. Паратаксический период развития имеет важное значение в возникновении патологии, и искажение понятий и опыта сходно с фрейдовским пониманием «переноса». У пациента происходит генерализация отрицательного опыта в межличностных отношениях, главным образом с раннего детства и до отношений с психотерапевтом.

В процессе психотерапии регрессивный, паратаксический способ корригируется анализом отношений пациента в детстве, и одновременно в межличностных отношениях с психотерапевтом больной учится получать удовлетворение от общения с людьми, избавляется от тревоги, приобретает чувство безопасности, налаживает адекватные отношения с собой и окружающими людьми. При этом происходит перестройка личности, которая приводит к тому, что пациент начинает явно видеть пути выхода из ситуаций, ранее представлявшихся неразрешимыми.

По своему характеру метод Салливана приближается к современным вариантам краткосрочной психотерапии. В нем четко прослеживается, наряду с аналитической ориентацией, элемент поведенческой психотерапии.

Салливан Гарри Стек родился в 1892 г. в США, в окрестностях Норича, штат Нью-Йорк. Образование получил в Чикагском медицинском колледже, который закончил в 1917 г. С 1922 г. начал работать психиатром и к 30 годам заслужил репутацию блестящего клинициста. Начиная с 1929 г. разрабатывал основные положения своей теории межличностных отношений, которая в конечном итоге получила название интерперсональной теории. С 1936 г. занял пост директора Вашингтонской школы психиатрии.

Единственным прижизненным опубликованным трудом явилась «Концепция современной психиатрии» (1947). Лекции и рукописи Салливана были опубликованы во многих руководствах и сборниках.

Умер Салливан в 1949 г. в Париже по пути домой с собрания Исполнительного совета Всемирной федерации психического здоровья.

Психоаналитическая психотерапия. Среди других направлений неопсихоанализа значительным влиянием пользуется Эго-психологическая теория психоаналитической психотерапии Гилла, Стоуна, Бибринга и концепции объектных отношений Кляйн, Кернберга. Указанные авторы способствовали созданию психоаналитической психотерапии

(«психодинамической психотерапии», «инсайт-ориентированной психотерапии», «эксплоративной психотерапии»).

Хотя некоторые психоаналитики, отмечает Куртис (1991), придерживаются мнения, что психоанализ невозможно четко отграничить от психоаналитической психотерапии, кроме как по таким количественным факторам, как число сессий, регулярно проводимых по расписанию на протяжении установленного срока, и большая продолжительность, однако, сравнивая их по качеству процесса, можно установить существенные различия. Учитывая, что эти различия могут быть размыты на границе, где интенсивная психотерапия способна приобрести некоторые описательные и качественные характеристики психоанализа, все же сохраняются различия в значении опыта пациента и характера интеракции между пациентом и аналитиком, а также в технических вмешательствах, которые одновременно и вызывают, и являются результатом этого опыта. Некоторые из различий могут быть связаны с соответствующими целями этих двух терапевтических вмешательств, в особенности при переходе из пограничной зоны на участок, отведенный каждому из методов.

Сами названия указывают на один важный параметр: терапия, а не анализ. Хотя совершенно очевидно, что эти две категории не являются взаимоисключающими, кроме, быть может, того, что в крайних точках данного спектра целью терапии является акцент на смягчение, облегчение, адаптацию и возобновление функционирования. Те же явления возникают и при анализе, но они не рассматриваются как конечные пункты и подвергаются дальнейшей эксплорации для определения их значения и функции, так как акцент перемещен на достижение другой цели — повышение самопознания и способности постоянно расширять осознание внутренней психической жизни. Для того чтобы этот процесс начался, установился и сохранялся, требуется специальное сочетание технических мер, создающих психоаналитическую ситуацию. Эти технические приемы включают: использование свободных ассоциаций, охватывающих всю психологическую сферу, а не целенаправленное обсуждение; положение лежа; регулярно назначаемые приемы 4 — 5 раз в неделю; позицию аналитика, выражающую эмпатическую объективность, терпимость и нейтральность относительно реакций пациента; воздержание от участия во внеаналитической жизни пациента или в его поступках, выражающих перенос; реагирование на проявления переноса разъяснением и интерпретацией. На разных этапах эти элементы могут варьироваться (сочетаться по-разному), но они формируют относительно постоянную конфигурацию, приводящую к возникновению ранее неосознаваемых или не вполне понимаемых мыслей, чувств и фантазий, которые становятся более доступными для инсайта, модификации и интеграции в зрелую личность.

Всякое изменение или несоблюдение любого из элементов психоаналитической ситуации может значительно повлиять на характер продуцируемого пациентом материала и на качество интеракции с аналитиком. Особенно это относится к влиянию на две центральные динамические силы — перенос и сопротивление, анализ которых может быть затруднен вследствие отклонения от оптимального равновесия указанных основных технических характеристик. Выборочное изменение в этом сочетании поз и процедур может содействовать либо плохому анализу, либо хорошей психотерапии, поэтому крайне полезно иметь четкое представление о человеческой психике и последствиях для пациента от конкретного подхода, а также о технических вмешательствах, чтобы подобрать соответствующую форму психотерапии, которая окажется наиболее эффективной в достижении целей пациента.

Главный вклад психоанализа не только в психотерапию и в область психиатрии, но и в медицину в целом — это психодинамический способ мышления. Он означает учет влияния бессознательных психических сил, взаимодействующих динамически с процессами защиты, аффекта и мышления для достижения приспособляемости, большей или меньшей адаптации. Понимание природы и значения этих процессов помогает выбрать лечение, соответствующее потребностям и возможностям пациента, и осмыслить уникальные, подверженные изменениям решения и компромиссы, к которым приходит каждый человек. Такая широта охвата этого внутреннего мира порывов, чувств и фантазий с одновременной терпимостью и увлеченностью позволяют выслушивать, узнавать и, возможно, резонировать с другим человеком способами, которые сами по себе являются терапевтическими.

Проводя различие между психоанализом и психоаналитической психотерапией, следует подчеркнуть, что это делается с целью обеспечения научной и практической системы, в рамках которой может быть осуществлен информированный выбор оптимальной формы психотерапии. Действительно, с сугубо практической и терапевтической точек зрения необходимость разработки увеличивающихся научных и утилитарных форм применения психотерапии приобретает первостепенное значение. Роль психоанализа в этом поиске аналогична лабораторному

исследованию в открытии принципов, которые могут послужить базой дальнейшего развития и практического использования психотерапии в широком масштабе. Поэтому надлежащим образом примененная психотерапия не должна считаться чем-то второсортным или всего лишь выходом, продиктованным пределами реальности. Практика показывает, что тщательно подобранная форма психотерапии может быть лучшим лечением при определенных формах психопатологии.

Концепции конфликта и компромисса являются отражением универсальных психических процессов, представляющих собой усилия, направленные на достижение некоторого равновесия, удовлетворяющего желания и запросы всех аспектов психики. Симптомы, черты характера, сновидения, перенос — все это компромиссы различной степени сложности, выражающие элементы желания, защиты и наказания. При любой форме психотерапии, как и в любом человеческом общении, существует потенциал для изменения формы компромисса в зависимости от некоторой трансформации относительной силы различных компонентов. Как в спонтанных, непреднамеренных социальных взаимоотношениях, так и при научной, планируемой психотерапии человек, болезненно, с трудом идущий на компромиссы, может использовать взаимодействие, чтобы чувствовать себя более удовлетворенным, менее тревожным, в безопасности, освободившимся от вины или, наоборот, осуждаемым, наказанным, обездоленным и т. д. В любом случае существовавшие ранее симптомы, черты, препятствия могут стать более или менее интенсивными, могут исчезнуть или быть заменены. Фрейд имел в виду этот феномен, когда говорил, что больше пациентов исцелилось благодаря религии, чем будет когда-либо вылечено психоанализом. Если психотерапевт воспринимается как хороший родитель, оказывающий поддержку, приносящий утешение, чувство безопасности, прощающий и многое позволяющий, то баланс между компонентами компромисса может меняться, часто в сторону облегчения симптомов; или же врач в состоянии мобилизовать пациента и помочь ему использовать имеющиеся психические резервы или тенденции, в результате чего достигается новое и более адаптивное равновесие. При интенсивных, экспрессивных формах психотерапии, частых и продолжительных, личное взаимодействие пациента и психотерапевта создает уникальную возможность нового опыта человеческих отношений. Более эффективные формы поведения могут быть усвоены методом проб и ошибок в более безопасной и разрешающей атмосфере лечения, а когда они интегрируются благодаря идентификации с психотерапевтом, это может привести к стойким личностным изменениям.

Все вышеописанные перемены и модификации происходят также и в психоанализе. Дополнительный фактор, обеспечиваемый анализом, заключается в распространении осознания на глубинные сферы конфликта, при этом импульсы и защитные формы детского периода подвергаются неоднократным исследованиям и модификациям, прорабатываемым с помощью более зрелых, объективных и аффективных психических процессов. Отбор пациентов для специфического психотерапевтического подхода зависит от оценки их потребности и способности инициировать различные процессы изменения. Одной из характеристик, благоприятных для психоанализа, является осознанность страдания или неудовлетворенности наряду с желанием понять себя посредством самонаблюдения. Это обычно ассоциируется с толерантностью к фрустрации и хорошим контролем. В этом плане обнадеживает способность к продуктивной работе и поддержанию отношений с окружающими, а также наличие чувства юмора и метафоричности мышления. Как правило, острые кризисы в текущей жизненной ситуации не помогают широкому, последовательному саморефлективному методу анализа.

Руководствуясь этим набором характеристик как моделью, можно составить портрет пациента, для которого лучшим вариантом будет психоаналитическая психотерапия. Переворот и кризис являются показаниями к поддерживающим, направленным на разрешение проблем мерам, по крайней мере до тех пор, пока не наступит состояние относительного контроля и спокойствия, позволяющее оценить возможности индивида. Трудности с контролем и фрустрационной толерантностью, нередко очевидные из проблем, возникающих в работе и взаимоотношениях, являются основанием для рекомендации поддерживающей, образовательной терапии. Ограниченность способности к рефлексии собственных мыслей, чувств и поведения часто проявляется в отказе пациента от предложения заняться самонаблюдением. Это ограничение говорит в пользу поддерживающего и директивного типа психотерапии, а не направленного на инсайт и разрешение конфликта.

Решающую роль могут играть факторы времени, места и стоимости психотерапии. Помимо этого, различные сочетания описанных качеств, присущих двум главным видам психотерапии, могут продиктовать промежуточную форму психотерапии, объединяющую экспрессивные и поддерживающие черты.

Для иллюстрации этих принципов и того, как психотерапия может избирательно использовать некоторые аспекты психоаналитической теории и техники, чтобы соответствовать в лечении специфическим потребностям пациента, Куртис сначала описывает случай с применением психоанализа, а затем приводит пример психоаналитической психотерапии.

Первая пациентка — обладающая высоким интеллектом 25-летняя женщина, работник эстрады, — несмотря на рост успеха и признания, стала испытывать чувства депрессии, раздражительности и напряженности. Кроме того, за последнее время она усомнилась в своей очень активной сексуальной жизни, отмеченной частыми победами над мужчинами, которых встречала на своем артистическом пути. Эти проблемы, по-видимому, совпали по времени с одной довольно бурной связью с человеком, которого она соблазнила и с которым у нее позже начались серьезные отношения. Ее сексуальные победы переживались как случайные и приносили удовлетворение скорее ощущением власти над мужчинами, чем в строго сексуальном аспекте. В то время как ее любовные отношения были средством, помогающим ее карьере, у нее не было такого чувства, что ее используют, скорее она полагала, что использует мужчин для своих целей.

Присущий ей здравый смысл говорил ей, что мужчина, с которым она связана, обладает высокими качествами во всех смыслах и является достойным кандидатом для вступления в брак, что было ее конечной целью. И тем не менее она никогда не чувствовала себя с ним вполне свободно и против собственной воли насмехалась над ним и не доверяла ему. Поняв, что она в опасности и может потерять его, и, что особенно важно, ощущая какую-то извращенную потребность отталкивать его, она стала искать помощи в анализе.

В привычной ей манере она начала анализ энергично, как будто намеревалась побороть болезнь или одержать победу в сражении с психоаналитиком. Такая установка приносила ей пользу в течение нескольких месяцев, пока она исследовала свою историю и поведение во всех подробностях. Хотя она и почувствовала, что может лучше контролировать себя и более широко взглянуть на себя, но понимала, что реальное осознание и изменение ее непонятного поведения все еще не доступно ей. Затем наступил период повышенного интереса к психоаналитику и его личной жизни, и она с удовольствием и вместе с тем с завистью приписывала ему разнообразные специальные знания и достижения. Эти чувства вскоре приобрели эротическую окраску, и в ее поведении сперва скрыто, а затем явно стало проявляться желание обольстить врача.

Когда это желание стало преобладать, она часто теряла из виду цель своего анализа, и психоаналитик указал ей на сходство ее поступков в процессе лечения с характерным стремлением соблазнить и завоевать каждого значимого для нее мужчину. Затем он высказал предположение, что это вполне понятно, что у нее будет желание прибегнуть к испытанному способу преодоления тревоги, когда придется столкнуться с новыми, угрожающими ситуациями во время анализа. Такое разъяснение, повторявшееся и развивавшееся в течение нескольких недель, привело к заметному изменению ее поведения. Ей стали сниться беспокойные сны (за ней гонятся или на нее нападают), потом она стала бояться посещать аналитические сессии и, входя в офис, испытывала тревогу и застенчивость. Она начала одеваться более консервативно, и поведение ее стало менее вызывающим. Заметив, что стала часто краснеть, она сказала, что чувствует себя как испуганная девственница.

Такая разительная перемена — от смелой обольстительницы до испуганной девственницы — была истолкована психоаналитиком как появление невроза переноса, то есть как регрессивное и дистоническое выражение аспектов отгоняемых фантазий детства, теперь сфокусированных на психоаналитике в возрожденной и вместе с тем измененной форме. Это аффективное переживание ни в коем случае не идентично с тем, что было в детстве, поскольку последнее подверглось развитию и трансформации и теперь происходит и запечатлевается в личности взрослого человека, являющегося партнером в подлинно терапевтических отношениях. Тем не менее следует особо отметить, что обе главные темы и специфические взаимоотношения в детстве могут быть сближены и аффективно пережиты заново.

Степень и характер невроза переноса могут широко варьироваться «от пациента к пациенту». У некоторых это яркое, захватывающее переживание, трудносдерживаемое в рамках анализа, приводящее к отреагированию или бегству. У других оно выражается как бледное, ослабленное — «то оно есть, то нет его» — переживание, сдерживаемое в безопасных пределах защитными механизмами личности, работающими слишком хорошо. Эти проявления точнее было бы называть феноменами переноса, чем неврозом переноса, что предполагает более организованную, устойчивую психическую структуру. Иногда узнавание невроза переноса может быть задержано или затемнено из-за сильного проявления защитного аспекта упрямства или апатии, а не более характерных качеств энергичного порыва и аффекта. В других источниках информации, таких как сны, фантазии, воспоминания, или, что часто более важно, в эмпатических

реакциях или контрпереносе психоаналитика эти состояния сопротивления могут рассматриваться как элемент невроза переноса, чем более выраженно проявляются эротическое или гневное состояния. Концептуально они представляют собой то, что А. Фрейд называла переносом защиты, поскольку они происходят от защитных механизмов, возникших в попытках ребенка установить равновесие и контроль в отношении угрожающих импульсов.

В случае с описываемой пациенткой тревожное состояние, при котором прерывается дыхание и человек краснеет, исследовалось не только с помощью сновидений и ассоциаций пациентки, но и с помощью эмпатических реакций психоаналитика. Образ «испуганной газели» и ощущение нетерпения в реакции психоаналитика были ключевыми положениями, предполагающими, что пациентка борется с мазохистической фантазией, в которой врачу отводится роль нападающего садиста. Результатом нескольких различных версий данной интерпретации стали все более четкие проявления этой фантазии в снах и осознаваемых образах.

С возникновением воспоминаний и элементов сновидения, связанных с конкретным домом, в котором пациентка жила в пятилетнем возрасте, можно было начать интерпретацию генетических связей и реконструировать более целостную картину развития ее невроза. Например, она признала, что переживаемое ею тревожное чувство во время аналитической сессии было идентично чувству страха в детстве, возникшему у нее вскоре после того, как она несколько раз была свидетельницей сексуального контакта родителей. Сперва это выражалось в том, что она начала бояться отца, стала убегать от него в тревоге и волнении, когда он возвращался домой, что заставляло его гнаться за ней. Это — хороший пример формирования компромисса в форме симптоматического действия: ее тревожное бегство провоцировало отца на погоню за ней. Интересно, что старания пациентки найти более удобное разрешение своего конфликта по поводу мазохистических ошибочных концепций о сексуальной роли женщины приняли не просто невротическую, но более сублимированную форму. Будучи ребенком и испытывая чувство страха и изоляции, она часто предавалась романтическим фантазиям и разыгрывала роль героини знакомых сказок и историй. В юношеском возрасте она поборола в себе застенчивость и тревожность и участвовала в школьных спектаклях, что привело ее на эстраду. Сценическая деятельность все более удовлетворяла и поглощала ее. Сперва она избавилась от тревожных чувств, а позже у нее выработалась защита от страха — переход, сделавший игру на сцене более переносимой. Однако одновременно с этими переменами у нее развилась контрфобическая сексуальная неразборчивость, что и привело ее к психоанализу.

Это сжатое изложение пятилетнего анализа может послужить парадигмой ряда дополнительных трансферентных тем, которые были разработаны и исследованы: соперничество со старшим братом; ненависть к отцу, недостаточно любившему ее; идентификация с матерью-жертвой, которая в ответ на мучения могла садистски властвовать над мужчинами, — все это было проработано и соотнесено с ее потребностью соблазнять мужчин. Связи с мужчинами, углублявшие ее тревожную депрессию, не могли поддерживаться долго; и только на позднем этапе анализа, после достаточной проработки переноса, у нее начались отношения, которые в итоге привели к замужеству. Этот период был особенно плодотворным аналитически, поскольку требовалось тщательное изучение ее чувств в переносе в сопоставлении с растущей способностью понять и следовать до конца своим зрелым сексуальным целям, которые теперь обретали свободу.

Важным признаком этой краткой и сжатой истории болезни является выбор пациента с различимым интрапсихическим конфликтом в сочетании со структурой личности с хорошими адаптивными способностями, при условии устойчивой, безопасной терапевтической обстановки, позволяющей использовать свободные ассоциации, чтобы добраться до психических смысловых эпизодов и процессов, от которых до этого пациентка отгораживалась. Обычно это связано с тревогой по поводу регрессии и потери контроля, что ведет к опоре на знакомые симптомы и защитные механизмы и закреплению на них как на первой линии обороны. Необходимо разъяснение, помогающее пациенту уяснить некоторые стереотипы и значения этих привычных форм поведения. По мере того как эти стереотипы становятся менее автоматическими и более дискомфортными, более отчетливыми станут проявления переноса. Это будут выражения ранее подавляемых чувств и фантазий детства. Переживание, наблюдение и понимание этой смеси возрожденных и реактивных способов проявления противоречивых стремлений теперь станут центром анализа, и подход к ним осуществляется с помощью интерпретации и реконструкции их происхождения.

В качестве противопоставления Куртис приводит пример психоаналитической терапии с использованием отдельных аспектов психоанализа, но со значительными отличиями.

Некоторые пациенты по причинам, обусловленным реальной действительностью и психопатологией, не соответствуют показаниям для психоанализа. Это может потребовать творческой комбинации техник, которая обеспечивала бы поддержку и какой-то новый интерперсональный опыт, благодаря чему могли бы быть повышены самооценка и инсайт. Не создавая доступа к бессознательным динамическим и генетическим факторам, работа в течение длительного времени с производными этих обусловливающих элементов способствует личностному росту и пониманию себя.

Одним из таких пациентов был 28-летний стажер университета, трудности которого заключались в социальной тревоге, пренебрежительном отношении к учебе и приступах депрессии. Его работа над диссертацией задерживалась этими симптомами, и несколько раз он был на грани отчисления. У него были приятели-мужчины, разделявшие его интеллектуальные и музыкальные интересы; вел он довольно изолированный образ жизни. Его сексуальная жизнь ограничивалась связями с четырьмя или пятью женщинами, с которыми ему удавалось устанавливать не более чем удовлетворительные сексуальные отношения, без настоящей близости. Он потерял надежду найти женщину, которая захотела бы выйти за него замуж, так как сознавал, что его тревога и недоверчивость могут вызывать отчуждение.

Как и следовало ожидать, ему стоило большого труда прийти на лечение. Его тревога, имевшая оттенок настороженности и недоверия, являлась непосредственным препятствием для психотерапии, а также главной, давней проблемой. Иногда он мрачно шутил по ее поводу, и это убедило психоаналитика в том, что эта его черта не достигла степени параноидальных расстройств. Учитывая сенситивность и сдержанность пациента, психоаналитик пришел к выводу, что наибольшую пользу ему принесет интенсивная, долговременная психотерапия, которая даст ему возможность понять и преодолеть свой страх, что его поймают в ловушку или унизят. Психоаналитик предложил, кроме того, испытательный срок, по истечении которого пациент, если увидит, что не доверяет врачу, вправе прекратить лечение. Этот «запасной выход» создавал у пациента некоторое ощущение безопасности, тогда как рекомендация психоаналитика относительно интенсивной психотерапии убедила его в том, что он нуждается в помощи.

Работа началась по расписанию. Два раза в неделю пациент и психоаналитик сидели лицом к лицу, исследуя как ежедневные переживания больного, так и его реакции на психоаналитика и психотерапию. Первые несколько месяцев были явно испытательным периодом, в течение которого пациент искал, а иногда и находил подтверждение своим сомнениям относительно намерений психоаналитика или способности помочь ему; врач же особенно старался следить за своими внутренними ощущениями и реакциями, сознавая чувствительность пациента. Ошибки психоаналитика и неверное понимание подвергались честному обсуждению не только для того, чтобы прояснить их, но и для того, чтобы понять их восприятие пациентом. Психоаналитик отвечал на вопросы пациента о своем отпуске, декоре офиса, автомобиле и т. д., но если считал вопросы слишком личными или если ответ на них мог бы помешать психотерапии, то говорил пациенту об этом. Тот обычно улыбался и соглашался.

Эффект после первых шести месяцев такой работы выразился в постепенном ослаблении настороженности пациента. Он чувствовал большую уверенность в том, что психоаналитик не позволит себе выпадов против него, не попытается использовать его слова против него и доминировать над ним. Теперь он мог раскрывать перед психоаналитиком некоторые свои секреты, фантазии и болезненные воспоминания детства. Возросшее доверие к психоаналитику, основанное на опыте отношений с ним в процессе открытого исследования и понимания происходящих в рамках этого опыта событий, еще больше усилилось благодаря тому, что теперь пациент связывал свою недоверчивость с травмами и обидами, которые он вспомнил. Поскольку психотерапевтический подход не продуцировал материала, который выявил бы проекции и трансформации его травматических переживаний, психоаналитик довольствовался созданием связной картины его жизни вплоть до настоящего времени. Симптоматическое улучшение, возросшая уверенность в своих силах — все это дало возможность пациенту завершить диссертацию. Его отношения с женщинами стали свободнее и более близкими, и он, по всей видимости, намеревался жениться, когда психоаналитик говорил с ним в последний раз.

Эта терапия продолжалась три года и состояла из двух главных элементов. Первый — это то, что Бибринг называл «эмпирической манипуляцией», при которой пациенту предоставляется возможность в рамках лечения и вне его получить новый опыт, способный оказать мутационный эффект. Это осуществимо при разрешающей, поощряющей атмосфере терапии и с помощью переноса. В данном случае перенос не анализировался, как при психоанализе, хотя опыт переноса обсуждался и использовался для того, чтобы прояснить способы, с помощью которых пациент может строить свои отношения с психотерапевтом и другими людьми.

Второй технически важный элемент — выяснение стереотипов поведения пациента и их происхождения от прошлых влияний, обусловленных развитием. Такая реконструкция отличается от проводимой при психоанализе тем, что в ней отсутствует параметр бессознательного конфликта и фантазии, явно интегрированной в этот конфликт. Тем не менее реконструкция может обеспечить ощущение постоянства и устойчивости и понимание себя, что оказывает стабилизирующий эффект.

На основании рассмотренных психоаналитических принципов и концепций психического функционирования и представленных клинических примеров Куртис дал некоторые основополагающие технические рекомендации для психоаналитической психотерапии: 1) определи решающие динамические вопросы с целью локализации и ограничений предпринимаемых терапевтических действий; 2) не касайся аспектов личности, не имеющих близкого отношения к центральной проблеме; 3) фокусируй внимание на текущих взаимоотношениях пациента и защитных механизмах личности; 4) поддерживай адаптивные навыки и ресурсы пациента; 5) создай устойчивую, восприимчивую атмосферу поддержки и уважения; 6) поощряй более адаптивные способы устранения болезненных симптомов посредством новых перемещений и идентификаций.

На этапе, когда пациент проявит стойкое улучшение, должен быть рассмотрен вопрос об окончании лечения. Ограниченные цели психотерапии требуют, чтобы регрессия к зависимости от психотерапевта контролировалась с помощью поддержки и поощрения у пациента стремления к самостоятельному поведению. Доказательства возросшей способности независимо функционировать должны быть признаны в качестве достижения, заслуживающего уважения, желание больного прекратить лечение обычно сопровождается тревогой, которая может быть снижена признанием и верой психотерапевта в способность пациента сохранять достигнутое улучшение.

Из отечественных концепций психотерапии к динамическому направлению можно отнести систему патогенетической психотерапии Мясищева и ее развитие в виде личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова.

Патогенетическая психотерапия Мясищева. На становление психотерапии в нашей стране существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» Мясищева еще в 30-40-х годах прошлого столетия. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской психологии Бехтерева и Лазурского. В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины и в особенности — к учению о неврозах и психотерапии.

В. Н. Мясищев

Подход к проблеме личности неразрывно связан с вопросом о соотношении биологического и социального в человеке. Задавая себе вопрос, является ли личность биосоциальным или социальным образованием, Мясищев отвечает на него так: «Считая, что личность представляет собой высшее психическое образование, обусловленное общественным опытом человека, подчеркивая необходимость разграничения понятий «условия личности» и «сама личность», я полагал, что в понимании личности биологически-органическое неразрывно связано с социальным, но не является ни личностью, ни ее частью, а только условием личности».

Главная характеристика личности, по Мясищеву, — система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности. Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями — психическими процессами, свойствами и состояниями — отношениям личности присущи следующие особенности: уровень активности, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного, устойчивость или неустойчивость, широта или узость, рациональная или эмоциональная обусловленность и др. Личность проявляется в разных областях, и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе — один из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями.

Особое значение категории отношения («психологического отношения») для разработки проблемы личности в отечественной, в том числе в медицинской, психологии, отмечали Ананьев, Ломов и др.

Психология отношений, являясь специфической концепцией личности, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов их развития, особенностей их клинических проявлений, лечения и предупреждения.

Патогенной основой различных форм неврозов, согласно представлениям Мясищева, являются противоречия в тенденциях и возможностях личности, с одной стороны, в требованиях и возможностях, которые ей предъявляет действительность, — с другой. Невротические расстройства могут возникать в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают обобщенные, особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений к действительности. Индивидуальные особенности таких отношений обусловливают ее невыносливость в той или иной ситуации. Мясищевым были уточнены типичные черты личности, предрасполагающие к различным формам неврозов: почвой для истерии служит столкновение стремлений эгоцентрической личности с требованиями действительности; неврастения развивается при непосильных требованиях личности к себе, не противоречащих общественным нормам; невроз навязчивых состояний возникает у личности, неспособной разрешить свои внутренние противоречия, обычно в ситуации, требующей выбора в вопросах этики. В каждом конкретном случае патогенное противоречие имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

В соответствии с концепцией неврозов Мясищева была разработана их патогенетическая психотерапия. Основной задачей системы патогенетической психотерапии Мясищева является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и вызвавших перенапряжение и дезорганизацию нервной деятельности.

Важнейшее значение для успеха патогенетической психотерапии имеют взаимоотношения врача и больного, но не в смысле фрейдовского переноса. Основную положительную роль играют авторитет врача, его социальная направленность, широта кругозора, знание жизни, такт, умение слушать пациента, сочувственно-благожелательное к нему отношение, не исключающее в необходимых случаях противодействия социально-неприемлемым тенденциям больного. Роль врача в психотерапевтическом процессе не пассивная. Психотерапия — эмоционально насыщенное воздействие психотерапевта, в котором участвуют, наряду с его словом, и выразительность его мимики, и манера обращения с больным, и влияние всего режима лечебного учреждения.

Хотя в общении с врачом система жизненных отношений больного и находит известное отражение, но далеко не полное. Их выяснение происходит в процессе умело проводимых психотерапевтических бесед. Патогенетическая психотерапии предполагает уточнение особенностей жизненного опыта больного в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостных и радостных переживаний, интересов, системы оценок, мотивации своего поведения, понимания жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтаний и ожиданий, симпатий и антипатий — всего того, что образует внутренний мир человека, — и сопоставление этих данных с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Внимание пациента привлекается не только к его субъективным тенденциям и тем внешним обстоятельствам, с которыми они пришли в противоречие. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам больной неврозом уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию и проявлениями болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Уяснение их является переломным моментом в терапии, но достигается оно не сразу. При успешном продвижении в этом направлении больной становится менее напряженным, более откровенным, постепенно начинает критически переосмысливать свои прежние жизненные позиции, иначе оценивать свою ситуацию. Решающим моментом служит завершающая процесс психотерапии перестройка нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, если изменятся в широком плане его жизненные позиции и установки.

Психотерапевт осуществляет «дело перестройки личности и отношений больного», опираясь на такие капитальные ее свойства, как сознательность (способность человека давать отчет о событиях не только настоящего, но и прошедшего и будущего), социальность (способность подчинять собственные интересы общим), самостоятельность (способность управлять своим поведением согласно общественно-социальным требованиям). «Эти сугубо личностные черты, недостатки их развития, — пишет Мясищев, — в той или иной из многочисленных комбинаций

являются причинами невроза в трудных, вызывающих перенапряжение социальных условиях». И далее: «Именно в этом смысле и применительно к такому пониманию неврозов и их лечения может быть с правом применено понятие психотерапии отношений, использовавшееся ранее преимущественно по отношению к детям и в плане психоаналитического их лечения».

В психотерапевтических беседах применяются различные подходы и приемы: ободрение, убеждение, переубеждение, отвлечение, разъяснение сущности невроза и его симптомов. В дополнение к беседам, в зависимости от симптоматики невроза и его течения, оказываются полезными и другие психотерапевтические методы: внушение наяву и в гипнотическом состоянии, наркогипнотерапия, аутогенная тренировка и др. Эти методы могут выдвигаться на первый план при легких невротических расстройствах или при острых, относительно изолированных невротических моносимптомах. Психотерапия может сочетаться с применением медикаментозных средств и физиотерапии, способствующих нормализации нервных процессов и создающих фон, облегчающий контакт врача с больным. Однако эти средства имеют вспомогательное значение. В систему психотерапии входит и возможное содействие врача в нормализации, где это требуется, производственной или семейно-бытовой ситуации.

Патогенетическая психотерапии Мясищева создавалась в трудные для нашей страны 30-50-е годы. В работах самого Мясищева и его учеников, посвященных патогенетическому пониманию неврозов и их психотерапии, не могло не отразиться общественное сознание того времени с подчеркнутой идеологизацией психотерапии. Отсюда чрезмерно частые в этих работах ссылки на марксистско-ленинскую методологию и учение о высшей нервной деятельности и критика психоанализа.

На последней странице рукописи, подготовленной Мясищевым для 2-го издания монографии «Личность и неврозы», не вышедшего в свет по чисто техническим причинам, автор будущее социальное здоровье нашего общества рассматривал в качестве основного условия эффективной психотерапии неврозов и их профилактики: «Тогда свершится программа формирования совершенной личности в совершенном обществе». Он не знал, сколь длителен, труден, а порой и трагичен будет путь достижения этой цели нашим народом.

Мясищев Владимир Николаевич родился в 1892 г. в семье мирового судьи. В 1919 г. закончил медицинский факультет Психоневрологического института в Петрограде и до последнего дня жизни его деятельность была связана с этим учреждением. На научные взгляды Мясищева значительное влияние оказали Бехтерев и Лазурский, учеником которых он являлся. Мясищевым были разработаны психология отношений, клинико-патогенетическая концепция неврозов и патогенетическая психотерапия. С 1945 г., не покидая пост директора Института им. В. М. Бехтерева, он стал профессором Ленинградского государственного университета, где в дальнейшем заведовал кафедрой психологии, принимал активное участие в создании Факультета психологии ЛГУ, открытого в 1966 г. Мясищев стал первым председателем Проблемной комиссии по медицинской психологии Академии медицинских наук СССР.

Основные труды: «Психические свойства человека», совместно с Ковалевым (1957, 1960), «Личность и неврозы» (1960), «Введение в медицинскую психологию», совместно с Лебединским (1966).

Умер Мясищев в 1973 г., будучи научным консультантом Института им. В. М. Бехтерева и профессором ЛГУ.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова. Психотерапевтическое направление, представляющее собой дальнейшее развитие учения Мясищева о неврозах и их психотерапии. По основным своим теоретическим положениям личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии. Разрабатывается в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Становление личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как самостоятельного направления в психотерапии может быть отнесено к началу 70-х годов и включает в себя: 1) концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой; 2) биопсихосоциальную концепцию невротических расстройств, в рамках которой невроз понимается прежде всего как психогенное заболевание, обусловленное нарушением значимых для личности отношений; 3) систему личностно-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии, основной целью которой является достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности. Теория личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии содержит представления о ее целях и задачах, механизмах

лечебного действия, специфике и этапах психотерапевтического процесса, особенностях взаимодействия пациента, психотерапевта и группы, методических подходах и технических приемах и пр.

Первоначально цели и задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии формулировались следующим образом: 1) глубокое и всестороннее изучение личности больного: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей; 2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики; 3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием; 4) изменение и коррекция нарушенной системы отношений больного неврозом; 5) при необходимости помощь больному в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих.

Дальнейшее развитие личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которое во многом связано с широким использованием групповой психотерапии, позволило на основе анализа опыта практической работы и научных исследований в данной области более четко и конкретно сформулировать основные теоретические положения этой психотерапевтической системы в целом применительно и к индивидуальной, и к групповой ее формам, и прежде всего ее цели и задачи, а также представления о механизмах лечебного действия.

Сформулированные вначале задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии по сути дела отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса — от изучения личности пациента и пациентом, через осознание, к коррекции нарушенных отношений личности — и фокусируют психотерапевтический процесс преимущественно на когнитивных аспектах. Однако личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия не просто включает в качестве своих задач три плоскости изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую) — сам процесс психотерапии основан на сбалансированном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

Цели и задачи любого психотерапевтического направления, ориентированного на личностные изменения, вытекают из представлений о специфике личностных нарушений, что, в свою очередь, определяется личностной концепцией. Именно поэтому в рамках конкретного направления цели и задачи психотерапии формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии, но решаются с помощью собственных средств.

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с учетом трех плоскостей ожидаемых изменений более подробно могут быть сформулированы следующим образом.

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

— связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;

— какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики ;

— связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;

— особенности своего поведения и эмоционального реагирования в различных ситуациях, их повторяемость, степень адекватности и конструктивности;

— как воспринимается его поведение другими, как реагируют окружающие на те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как оценивают их, какие последствия имеет такое поведение;

— существующее рассогласование между собственным образом Я и восприятием себя другими;

— собственные потребности, стремления, мотивы, отношения, установки, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;

— характерные защитные психологические механизмы;

— внутренние психологические проблемы и конфликты;

— более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;

— собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В целом задачи интеллектуального осознания в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сводятся к трем аспектам: осознание связей «личность — ситуация — болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана. Следует подчеркнуть, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как «ситуация — личность — болезнь», не имеет определяющего значения для собственного психотерапевтического эффекта. Она скорее создает более устойчивую мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

— получить эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;

— пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;

— пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;

— научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;

— стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;

— научиться более точно понимать и принимать, а также вербализовать собственные чувства;

— раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);

— модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;

— произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В целом задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в эмоциональной сфере охватывают 4 основных аспекта: точное распознавание и вербализацию собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3. Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

— увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;

— приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;

— преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с боязнью субъективно сложных ситуаций;

— развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;

— закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

— выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания — на самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии лежат в трех основных плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой — и могут быть обозначены как конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт и научение.

Конфронтация, по мнению большинства авторов, является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация, понимаемая

как столкновение пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, отношениями и установками, с характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами, осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса. В ходе индивидуальной психотерапии «инструментом» обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее содержание, сколько отражает различные аспекты психологической реальности пациента, концентрируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, так как осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым. Каждый участник за счет обратной связи получает разнообразную информацию о самом себе: как он воспринимается другими, какие эмоциональные реакции вызывает его поведение у окружающих, насколько адекватно его понимание различных межличностных ситуаций, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует или препятствует достижению этих целей и насколько они реалистичны, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы для него характерны, какую связь между его прошлым опытом и актуальным поведением видят другие и пр. Обратная связь дает участнику группы возможность осмыслить и оценить значение собственного Я в типичных для него межличностных ситуациях и, соотнося прошлое и настоящее, понять собственные проблемы и особенности своих отношений. Пациент видит себя как бы в различных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Конфронтация пациента с отраженным образом Я, во многом не согласующимся с существующим представлением о себе, способствует осознанию новых аспектов собственной личности и интеграции полученной информации, что приводит к расширению образа Я и его большей адекватности. Однако материал осознания, хотя и относится прежде всего к личности пациента, включает и иные аспекты, связанные с более адекватным пониманием других людей, особенностей их переживаний и поведения, а также определенных общих аспектов функционирования человеческой психики, взаимоотношений и взаимосвязи психических и соматических процессов, межличностного взаимодействия, иными словами, всего того, что можно обозначить как развитие психологической культуры в широком смысле. Очевидно, что групповая психотерапия создает более благоприятные условия для такого осознания, поскольку являет собой реальное эмоциональное взаимодействие, в котором во всей полноте раскрываются психологические особенности каждого участника группы, и представляет более широкие возможности для сопоставления собственных отношений, установок и позиций с отношениями, установками и позициями других людей. Такое сопоставление способствует не только более глубокому пониманию самого себя, но и повышению чувствительности к другим, принятию и уважению ценности и значимости других людей, несмотря на существующие личностные различия, а это, в свою очередь, ведет к улучшению межличностного взаимодействия, снижает напряжение и уменьшает сложности во взаимоотношениях .

Корригирующий эмоциональный опыт (или корригирующее эмоциональное переживание) включает: переживание и анализ своего эмоционального опыта (прошлого, в том числе относящегося к родительской семье, и актуального, связанного собственно с процессом психотерапии) и эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовность понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не согласуется с собственными представлениями. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов; более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для новой информации и нового опыта. Это означает, что самооценка и отношение к себе играют чрезвычайно важную роль в становлении адекватного самопонимания и могут как способствовать, так и препятствовать этому процессу. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности. Изменение отношения к себе происходит, с одной стороны, под влиянием нового знания о себе, а с другой — в связи с изменением эмоционального компонента этого отношения, которое и обеспечивается в основном за счет эмоциональной поддержки. Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия. Аналогом принятия в индивидуальной психотерапии является групповая сплоченность в групповом

психотерапевтическом процессе, которая обеспечивает еще более высокий и многоплановый уровень эмоциональной поддержки. Корригирующее эмоциональное переживание связано также с переживанием пациентом своего прошлого и текущего (актуального) опыта. Возникновение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в реальной жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить заново, переосмыслить и выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. Еще один аспект корригирующего эмоционального переживания связан с проекцией эмоционального опыта, полученного в родительской семье, на психотерапевтическую ситуацию. Анализ этих переживаний на основе эмоционального взаимодействия в психотерапевтической ситуации позволяет пациенту в значительной степени переработать эмоциональные проблемы, уходящие корнями в родительскую семью.

Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия более благоприятствует реализации поведенческих механизмов в сравнении с индивидуальной. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, выявляя в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания, и для выработки навыков полноценного общения. Пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят ему удовлетворение и позитивно воспринимаются другими. Все это создает благоприятные предпосылки для генерализации достигнутых поведенческих изменений и на другие ситуации, в реальной жизни.

В системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии индивидуальная и групповая ее формы решают общие психотерапевтические задачи (раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию нарушенных отношений личности, обусловивших возникновение и субъективную неразрешимость конфликта, а также фиксирующих его), используя свою специфику. При этом индивидуальная психотерапия в большей степени ориентирована на исторический (генетический) план личности пациента, но учитывает и реальную ситуацию взаимодействия, а групповая — на межличностные аспекты, но обращается и к историческому плану личности пациента.

Условно можно выделить определенную последовательность в поведении врача в процессе индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. При первой встрече с пациентом он минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом его представлений о болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления. Проводя коррекцию концепции болезни у пациента, врач обсуждает с ним данные обследований, помогает понять, что причины невроза кроются не в органических изменениях, и уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период психотерапевт предоставляет больному соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями содержание бесед существенно меняется. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения больного. Постепенно в процессе обсуждения и переработки этого материала в сознании пациента выстраивается определенная схема из различных звеньев новой концепции болезни (эмоциональные факторы или патогенные ситуационно-личностные позиции или отношения — потребности или мотивы — невротический конфликт — симптоматика). Взаимоотношения с больным углубляются, психотерапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром. На заключительном этапе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт снова увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов восприятия, эмоционального реагирования и поведения.

В течение лечебного курса при использовании этого метода на всех его этапах постоянно осуществляются 2 взаимосвязанных психологических процесса — осознание и реконструкция отношений личности. 1-й процесс — осознание, инсайт — заключается в постепенном расширении сферы самосознания больного, связанном с необходимостью понимания им истинных источников собственных невротических расстройств; 2-й — реконструкция отношений личности — в соответствии со степенью осознания проявляется в коррекции нарушенных и выработке новых отношений на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Что же может осознать пациент в процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии? Психотерапевт

помогает больному осмыслить связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенными значимыми для него отношениями и возникновением невроза.

Врач выступает здесь в роли проводника в познании больным своего внутреннего мира. На трудности этого пути указывал Павлов. «Надлежит, — писал великий физиолог, — отыскать вместе с больным или помимо его или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они же остались без малейшего внимания».

В условиях личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии психотерапевт пытается расширить у больного область осознаваемого, чтобы помочь ему уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно «натолкнуть» больного на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным в этом процессе является привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с психотерапевтом и со значимыми в его жизни лицами.

В отличие от психоанализа, при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, понимания с помощью интерпретаций в определенной мере «навязывается» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.

Самое главное и самое трудное при обсуждении заключается в том, чтобы помочь больному понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, но и внутренним конфликтом, в основе которого лежат его неадекватные отношения и малосовместимые потребности, вследствие чего он не способен разрешить свои проблемы. Конфликт сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи психотерапевт и помогает осознать больному. Уяснение пациентом психологических механизмов болезни не является чисто рациональным, познавательным процессом; в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности больного не приводит; оно должно быть завершающим звеном процесса осознания, эмоционально насыщенного в своей сущности.

Глубина осознания может быть разноуровневой. 1-й уровень может касаться понимания пациентом некоторых новых представлений о своем дезадаптивном поведении, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может возникнуть в обстановке откровенного общения с другими больными, медперсоналом и психотерапевтом, 2-й уровень отражает осмысление пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и окружающему миру), которые лежат в основе его невротического поведения. На этом уровне осознания больной не только видит неконструктивность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. 3-й уровень глубины понимания пациентом генеза своего невроза (особенно важно это бывает при невротических развитиях, требующих длительной психотерапии) связан с осознанием им нарушений в сфере мотивов и потребностей, лежащих в основе неправильно сформированных в ходе развития личности отношений. При анализе жизненной истории психотерапевту приходится обращать особое внимание пациента на развитие его чувств и форм поведения начиная с детства, когда в силу условий воспитания могла формироваться неадекватность системы его отношений. В процессе психотерапии не всегда удается достичь всех указанных уровней. Что же способствует достижению осознания (инсайта), если такая цель ставится психотерапевтом? Во-первых, прогностически полезными могут быть такие свойства, как способность больного к самонаблюдению, психологическая настроенность на самоанализ, рефлексия, склонность к самораскрытию, достаточный уровень интеллекта.

Психологическая настроенность и самораскрытие пациента могут повышаться в процессе психотерапии. Во-вторых, важны такие условия, как эмпатический подход психотерапевта, доверительность в контакте и катарсис, кроме того, обратная связь (восприятие себя в реакциях других).

Осознание и понимание являются лишь началом психотерапии, вернее — ее условием. Важна реорганизация тех значимых в данной жизненной ситуации отношений личности, дезадаптирующее влияние которых проявляется в целостном функционировании пациента. Недостаточно адекватные вследствие «изъянов» развития личности отношения в определенных жизненных обстоятельствах могут быть не столько условием внешних и внутренних конфликтов, сколько причиной неспособности человека успешно решать эти конфликты. Именно эта неспособность и является основой развития невротических состояний. Задача психотерапии — путем реорганизации системы отношений сделать личность способной к разрешению трудностей. В отличие от рациональной и гипносуггестивной психотерапии, подобная психотерапия и может быть названа реконструктивной, так как реконструкция отношений личности — это главная и отличительная ее цель. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений больного происходят 2 процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных, проверяющихся вначале в условиях терапевтической среды, а затем — во внелечебных ситуациях реальной жизни пациента. Изменение отношений во внутренней структуре личности осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов — идентификации и интернализации. Идентификация (отождествление) отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений и поведения пациента. Как правило, она является следствием удовлетворяющего определенные потребности больного (например, в признании или опеке) контакта с психотерапевтом. Пациент пытается усвоить одобряемые психотерапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Обычно этот процесс усвоения специфических позиций носит неосознаваемый характер. Идентификация в ряде случаев может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который осуществляется с помощью механизмов интернализации и интериоризации. Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия больного психотерапевтом, интенсивность и глубина процесса осознания, конструктивное использование конфронтации в системе психотерапевтических воздействий.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения пациента протекает обычно с определенными трудностями, противодействием, сопротивлением больного. Это сопротивление — реальный клинический факт, затруднение, возникающее при коррекции неадаптивного поведения пациента. Представляя собой проявление психологической защиты, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым тягостным переживаниям, а также на перестройку неадаптивного поведения. Сопротивление больного проявляется в общении с психотерапевтом в различных формах — в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявления своего заболевания, в неприятии реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями психотерапевта без должной их переработки.

Степень сопротивления, противодействия психотерапевтическому влиянию в процессе лечения может изменяться. Она повышается при несовместимости установок больного и психотерапевтического стиля психотерапевта, при явном игнорировании устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от него откровенности или активности, при неверии психотерапевта в возможности больного и при внутренней отрицательной позиции (критика без одобрения, ирония) и т. д. Следует отличать сопротивление от резистентности к психотерапии. Последняя может быть обусловлена такими характеристиками больного, как низкая мотивация к лечению вплоть до рентной установки, низкий интеллект или негибкость мышления, психический инфантилизм. Изменения в системе отношений больного, и прежде всего в самооценке, тесно связаны с перестройкой его поведения. Важными являются направленная коррекция малоадаптивных форм поведения и выработка новых, более адекватных достигнутому уровню интеграции внутреннего мира пациента.

В последние годы, основываясь на известной пластичности и открытости системы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и учитывая преимущественно

психодинамическую ее направленность, ее авторы стремились к разумной интеграции в эту систему принципов и методов второго и третьего направлений современной психотерапии — гуманистического и бихевиористского. Трехкомпонентный характер отношений, представляющий собой основной системообразующий фактор в принятой концепции личности, создает предпосылки для интеграции других психотерапевтических приемов. Следует лишь подчеркнуть, что, в то время как личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия направлена на достижение основной стратегической цели — реконструкции и гармонизации нарушенной системы отношений личности, послужившей главной причиной невротической декомпенсации, другие психотерапевтические приемы решают скорее тактические задачи, в целом повышая эффективность и экономичность психотерапевтических воздействий.

Контрольные вопросы

1. В теории личности Фрейда значимым аспектом является:

1) стремление к превосходству;

2) чувство неполноценности;

3) бессознательное;

4) самоактуализация.

2. Ассоциативный эксперимент как методика психотерапии и диагностики личности разработана:

1) Фрейдом;

2) Юнгом;

3) Брейером;

4) Бернгеймом.

3. Представителем «культурного психоанализа» не является:

1) Салливан;

2) Хорни;

3) Фромм;

4) Райх.

4. Какую позицию занимает ортодоксальный психоаналитик по отношению к своему пациенту?

1) директивную и принимающую;

2) недирективную и принимающую;

3) принимающую и поддерживающую;

4) директивную и дистанцированную.

5. На приеме у динамического психотерапевта пациентка намеками демонстрирует симпатию к психотерапевту; последнему следует выбрать конструктивную тактику:

1) не замечать такого поведения, поскольку переживания пациентки — это ее личное дело;

2) во время занятия не обращать внимания на такое поведение пациентки, а после окончания занятия вне основного времени обсудить с ней ее поведение;

3) напрямую поговорить о поведении пациентки в начале занятия, чтобы можно было без помех продолжать работу;

4) сделать обнаружившийся факт симпатии пациентки к себе содержанием занятия.

6. Архетипы по Юнгу представляют собой «изначальные первообразы», имеющиеся в каждом человеке, и составляют содержание:

1) низшего бессознательного;

2) индивидуального бессознательного;

3) коллективного бессознательного;

4) личного бессознательного.

7. Согласно Адлеру, существенной характеристикой личности является:

1) чувство общности;

2) ориентация интересов на внешний (экстраверт) или внутренний (интроверт) мир;

3) организмический процесс оценки;

4) защитный панцирь.

8. Основной задачей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии на начальном этапе является:

1) выработка и закрепление желаемых форм поведения;

2) установление контакта и определение дезадаптивных стереотипов в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личности;

3) устранение симптома;

4) бессознательные психические процессы должны быть как можно более глубоко раскрыты и представлены сознанию;

9. К приемам личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при неврозах относятся:

1) диалог между частями собственной личности;

2) моделирование;

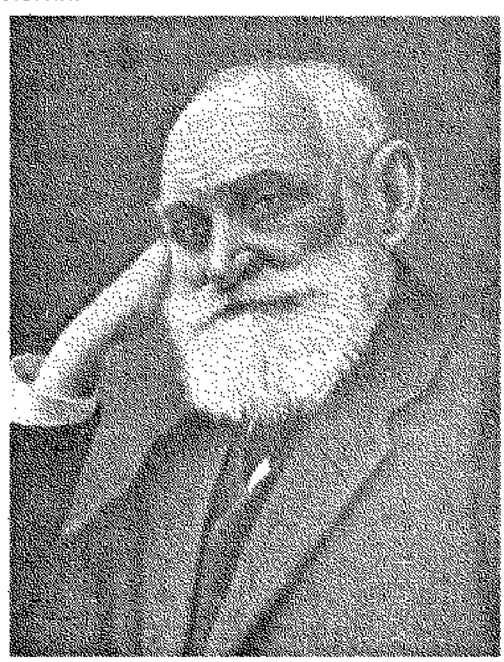
3) советы относительно способов решения трудной жизненной ситуации;

4) осознание психологических механизмов невроза (причинно-следственных связей между конфликтами, дезадаптивными стереотипами системы отношений и симптоматикой).

Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии.

Поведенческая психотерапия относит различные виды научения (обусловливания) к краеугольным основам своей теории. Первый опыт применения поведенческой терапии, описанный пионерами этого направления Павловым и Скиннером, был связан с классическим и оперантным обусловливанием.

Павлов Иван Петрович родился в 1849 г. в селе Кривополье Рязанской губернии в семье священника. Окончив в 1864 г. духовное училище, поступил в Рязанскую духовную семинарию. Увлекшись работами Писарева, решил изучать естественные науки, оставил семинарию и в 1870 г. поступил на физико-математический факультет Петербургского университета. Под влиянием трудов Сеченова начал специализироваться по физиологии. Окончил университет в 1875 г. и сразу поступил на 3-й курс Медико-хирургической академии. Во время обучения руководил небольшой лабораторией в клинике Боткина. Научные труды Павлова стали основополагающими в физиологии высшей нервной деятельности, явились научной базой бихевиоризма, в СССР легли в основу павловской психотерапии. В 1904 г. ему была присуждена Нобелевская премия за исследования в области физиологии.



И. П. Павлов

Основные труды: «Лекции о работе главных пищеварительных желез» (1897), «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных» (1924), «Лекции о работе больших полушарий головного мозга» (1926 — 1927), «Павловские среды»

(1949), изданные в 3 томах (стенограммы заседаний коллектива сотрудников физиологических лабораторий, руководимых Павловым).

Умер Павлов в 1936 г. от пневмонии в возрасте 87 лет.

Скиннер Беррес Фредерик родился в 1904 г. в Саскеханне, штат Пенсильвания в семье адвоката. Учиться начал в Колледже Гамильтона, получил степень бакалавра по английской литературе, намеревался стать писателем. Вскоре прекратил литературные изыскания и изучал в Гарварде психологию. Во время учебы ему довелось общаться с такими выдающимися учеными, как Боринг, Пратт, Меррей, Крозье. На формирование его научных взглядов оказали влияние труды Павлова, Шеррингтона, Уотсона, Бриджмена, Рассела. Степень доктора получил в 1931 г. и 5 лет проработал в Гарвардской медицинской школе в лаборатории Крозье. В 1936 г. начал преподавательскую деятельность в Миннесотском университете, где за 9 лет приобрел репутацию одного из ведущих экспериментальных психологов своего времени. Затем 3 года возглавлял кафедру психологии Университета штата Индиана, после чего возвратился в Гарвард, где с небольшими перерывами работал до самой смерти. Был удостоен многих престижных наград, таких как премия Американской психологической ассоциации «За выдающиеся научные заслуги», право чтения Джеймсовских лекций в Гарварде, президентская медаль за научные достижения.

Б. Скиннер

Основные труды: «Поведение организмов» (1938), роман «Уолден 2» (1948), «Наука и человеческое поведение» (1953), «Техника обучения» (1968), «О бихевиоризме» (1974), «Размышления о бихевиоризме и обществе» (1978).

Умер Скиннер в 1990 г. в возрасте 86 лет, всего за день до смерти закончил редактировать последнюю статью.

Классическое, или павловское, обусловливание показывало, что формирование условной реакции подчиняется важнейшему требованию: совпадению во времени индифферентного и безусловного раздражителей. Классическое обусловливание заключено в формуле: «стимул—реакция».

Суть оперантного обусловливания можно отразить следующим образом: поведение закрепляется (контролируется) его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, закрепляется, и наоборот, не приводящее к нему, ослабляется или угасает (положительное и отрицательное подкрепление).

По мере того, как новые поколения врачей применяли поведенческие техники, стало выясняться, что ряд проблем пациентов гораздо сложнее, чем сообщалось в прежних публикациях. Обусловливание адекватно не объясняло сложный процесс социализации и научения личности. Интерес к самоконтролю и саморегуляции в рамках поведенческой психотерапии приблизил «средовой детерминизм» (жизнь человека определяется прежде всего его внешним окружением) к реципрокному детерминизму (личность — не пассивный продукт среды, а активный участник своего развития).

Публикация статьи «Психотерапия как процесс научения» в 1961 г. Бандуры и его последующие работы были событием для психотерапевтов, ищущих более интегративных подходов. Бандура представил в них теоретические обобщения механизмов оперантного и классического научения и одновременно подчеркнул важность когнитивных процессов в регуляции поведения.

Модель обусловливания человеческого поведения уступила дорогу теории, основанной на когнитивных процессах. Эта тенденция была очевидной в реинтерпретации систематической десенсибилизации Вольпе как противообусловливающей техники с точки зрения таких когнитивных процессов, как ожидание, копинг-стратегия и воображение, что привело к специфическим направлениям терапии, таким как скрытое моделирование (Каутела), тренинг навыков и умений. В настоящее время существует по меньшей мере 10 направлений психотерапии, делающих акцент на когнитивном научении и подчеркивающих значение того или иного когнитивного компонента (Бек, Эллис, Мейхенбаум). Приводим их общие принципы.

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь пациенту изменить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как проходило психосоциальное развитие пациента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высоко индивидуализирован для каждого пациента и семьи.

Так, у пациента с личностным расстройством обнаруживаются в сильной степени переразвитые или недоразвитые поведенческие стратегии (например, контроль или ответственность), преобладают однообразные аффекты (например, редко выражаемый гнев у пассивно-агрессивной личности), а на когнитивном уровне представлены ригидные и генерализованные установки в отношении многих ситуаций. Эти пациенты с детства фиксируют дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и будущего, подкрепляемые родителями. Психотерапевту необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение пациента в дисфункциональной манере. У лиц с личностными расстройствами труднее формируется «доброкачественная» альтернативная когнитивная система.

2. Имеются тесные взаимоотношения между поведением и средой. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде (например, стиль воспитания ребенка). Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода. Это требует функционального анализа, то есть детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.

3. Нарушения поведения являются квази-удовлетворением базисных потребностей в безопасности, принадлежности, достижении, свободе.

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивно-поведенческая психотерапия использует достижения, методы и техники классического (условно-рефлекторного, павловского), оперантного, наблюдательного (моделирование поведения), когнитивного научения и саморегуляции поведения.

5. Когнитивный компонент является решающим в процессе научения. Считается, что поведение может быть изменено в результате наблюдения за ним и устранения когнитивного дефицита или когнитивных искажений.

6. Лечение активно вовлекает пациента и семью, включает практику альтернативного поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную программу подкреплений, ведение записей и дневников, то есть методика психотерапии структурирована.

7. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах наблюдаемого улучшения поведения.

Если раньше поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), то в настоящее время акцент смещен на научение пациента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей и т. д.), активацию ресурсов личности и ее окружения.

Иными словами, происходит смещение с патогенетического на саногенетический подход.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (моделирование поведения) является одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров.

Моделирование поведения — метод, легко применимый в амбулаторных условиях, он ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, избегающих

слово «пациент». Он стимулирует к самостоятельному решению проблем, что очень важно для пациентов с пограничными расстройствами, в основе которых нередко лежит инфантилизм. Кроме того, многие приемы когнитивно-поведенческой психотерапии представляют конструктивные копинг-стратегии, помогая пациентам приобрести навыки адаптации в социальной среде.

Когнитивно-поведенческая психотерапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Она интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин «когнитивный» используется потому, что обнаружение специфических нарушений эмоций и поведения нередко зависит от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, придти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

Когнитивно-поведенческая психотерапия нашла свое широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

Тревога может быть нормальным и адаптивным ответом на множество ситуаций. Способность распознавать и избегать угрожающих событий является необходимым компонентом поведения. Некоторые страхи исчезают без всякого вмешательства, но длительно существующие фобии могут оцениваться как патологический ответ.

Тревожные и депрессивные расстройства нередко связаны с псевдовосприятием окружающего мира и требованиями среды, а также жесткими установками по отношению к себе. Депрессивные пациенты считает себя менее способными, чем здоровые лица в связи с такими когнитивными ошибками, как «селективная выборка», «сверхобобщение», «принцип все или ничего», минимизация позитивных событий.

Поведенческая психотерапия всегда служила средством выбора при обсессивно-фобических расстройствах. Она базируется на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии и по необходимости дополняется фармакотерапией транквилизаторами, антидепрессантами, бета-блокаторами.

Следующие поведенческие лечебные цели осуществляются у пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами:

— полная элиминация или редукция навязчивой симптоматики (мысли, опасения, действия); перевод ее в социально приемлемые формы;

— устранение индивидуальных факторов (чувство малоценности, недостаток уверенности), а также нарушений контактов по горизонтали или вертикали, потребности в контроле со стороны значимого микросоциального окружения и т. д.;

— устранение вторичных проявлений болезни, таких как социальная изоляция, школьная дезадаптация и т. д.

Когнитивно-поведенческая психотерапия при нервной анорексии преследует следующие кратко- и долгосрочные лечебные цели.

Краткосрочные цели: восстановление преморбидного веса тела как необходимого условия для психотерапевтической работы, а также восстановление нормального пищевого поведения. Долгосрочные цели: создание позитивных установок или развитие альтернативных интересов (других, чем соблюдение диеты), обновление поведенческого репертуара, постепенно заменяющего анорексическое поведение; лечение фобии или страха потери контроля за массой тела, нарушений схемы тела, заключающегося в способности и потребности распознавать собственное тело; устранение неуверенности и беспомощности в контактах, в отношении полоролевой идентичности, а также проблем отделения от родительского дома и принятие роли взрослого. Это ключевые задачи психотерапии, которые приводят не только к изменениям веса (симптомо-ориентированный уровень), но и к разрешению психологических проблем (личностно-ориентированный уровень). Распространен следующий алгоритм психотерапевтических мероприятий: когнитивно-ориентированная поведенческая психотерапия, вначале в индивидуальной форме. Она состоит из приемов самоконтроля, шкалирования целей, тренинга уверенного поведения, тренинга решения проблем, подписания контрактов по восстановлению массы тела, метода прогрессирующей мышечной релаксации по Джекобсону. Затем для снятия

уникальности симптоматики и налаживания контактов пациента включают в групповую психотерапию. Практикуется интенсивная поддерживающая психотерапия, и параллельно с этим проводится системная семейная психотерапия.

Аддиктивное поведение может быть оценено в терминах позитивных (положительное подкрепление) и негативных последствий (отрицательное подкрепление). При проведении психотерапии определяется распределение обоих видов подкреплений при оценке психического статуса пациента. Позитивное подкрепление включает удовольствие от приема психоактивного вещества, связанные с ним приятные впечатления, отсутствие неприятных симптомов абстиненции в начальный период приема веществ, поддержание через наркотики социальных контактов с ровесниками, иногда условную приятность роли больного. Негативные последствия аддиктивного поведения — более частая причина обращения к специалисту. Это появление физических жалоб, ухудшение когнитивных функций и т. д. Для включения такого пациента в лечебную программу необходимо найти «замещающее поведение» без приема психоактивных веществ или других видов девиантного поведения. Объем психотерапевтических вмешательств зависит от развития социальных навыков, степени выраженности когнитивных искажений и когнитивного дефицита.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии представляются следующим образом: 1) проведение функционального поведенческого анализа; 2) изменение представлений о себе; 3) коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок; 4) развитие компетентности в социальном функционировании.

Основные принципы проведения психотерапевтического сеанса. Поведенческий и проблемный анализ считается наиболее важной диагностической процедурой в поведенческой психотерапии. Информация должна отражать следующие моменты: конкретные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия для поведения-мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (моторика, эмоции, когниции, физиологические переменные, частота, дефицит, избыток, контроль); временные последствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитивные, негативные) и с различной локализацией (внутренние, внешние).

Помощь в сборе информации оказывает наблюдение за поведением в естественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, ролевой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях.

Цель поведенческого анализа — функциональное и структурно-топографическое описание поведения. Поведенческий анализ помогает осуществить планирование терапии и ее ход, а также учитывает влияние на поведение микросоциального окружения.

При проведении проблемного и поведенческого анализа существует несколько схем. Первая и наиболее отработанная заключается в следующем.

1. Описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Улица, дом, школа — это чересчур глобальные описания. Необходима более тонкая дифференцировка.

2. Отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в настоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом сеансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту.

3. Выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение.

4. Наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие признаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) мало применимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и количественное описание признаков.

5. Оценить количественные и качественные последствия поведения.

В качестве задач клинического интервью можно назвать и такие, как демонстрация пациенту его способа избирательной фиксации негативной информации и получения ложных выводов; подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии; установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладания со стрессорами; выяснение «условной приятности» симптома; получение информации о мотивации пациента к изменениям; подробный анализ влияния микросоциального окружения; психопатологическое исследование, поиск ресурсов личности.

Поиск ресурсов может быть ориентирован в прошлое, настоящее и будущее. На самой проблеме психотерапевт не фиксируется, но активно подкрепляет любую находку пациента

относительно возможности ее разрешения. Варианты вопросов: «Что раньше помогало преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы решали ваши родственники, знакомые? Когда последний раз Вы постояли за себя? Когда Вы последний раз получали удовольствие без чьей-либо поддержки? Делали ли Вы что-нибудь приятное для братьев и сестер? В чем Вы достигли большего, чем Ваши друзья?» Поиск ресурсов основан и на признании компетентности пациента. Пациентам нередко известно решение их проблемы, хотя они об этом с трудом догадываются. Образец вопроса: «Предположим, что Ваш друг с подобной проблемой пришел за советом. Что бы Вы ему сказали?».

Задача когнитивно-поведенческого психотерапевта — сделать пациента активным участником процесса, установление партнерских отношений между пациентом и психотерапевтом. Это сотрудничество происходит в форме терапевтического договора, в котором психотерапевт и пациент соглашаются вместе работать над устранением симптомов или поведения последнего.

Такая совместная деятельность преследует по меньшей мере 3 цели: во-первых, она отражает уверенность, что оба имеют достижимые цели на каждом этапе лечения; во-вторых, взаимопонимание уменьшает сопротивление пациента, возникающее нередко как следствие восприятия психотерапевта агрессором или идентификация его с родителем, если он пытается контролировать пациента; в-третьих, договор помогает предупредить непонимание между двумя партнерами. Недоучет мотивов поведения пациента может заставить психотерапевта двигаться вслепую или привести первого к ложным выводам по поводу тактики психотерапии и ее срыву.

Так как когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой краткосрочный метод, необходимо тщательно использовать это ограниченное время. Центральная проблема «психотерапевтического обучения» — определение мотивации пациента. Для усиления мотивации к лечению руководствуются следующими принципами:

— совместное определение целей и задач психотерапии, важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через «Я хочу, а не хотел бы»;

— составление позитивного плана действий, его достижимость для каждого пациента, тщательное планирование этапов;

— проявление психотерапевтом интереса к личности пациента и его проблеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха;

— усилению мотивации и ответственности за свой результат способствует «повестка дня» занятия, анализ достижений и неудач на каждом этапе психотерапии.

При подписании психотерапевтического контракта рекомендуется записать план или повторить его, используя приемы положительного подкрепления, сообщая, что это хороший план, который будет способствовать осуществлению желаний и выздоровлению.

В начале каждого занятия во время интервью совместными усилиями принимается решение, какой перечень проблем будет затронут. Формированию ответственности за свой результат способствует «повестка дня», благодаря которой удается последовательно прорабатывать психотерапевтические «мишени». «Повестка дня» обычно начинается с короткого обзора опыта пациента с последнего занятия. Она включает «обратную связь» психотерапевта по поводу домашних заданий. Затем пациента стимулируют высказываться, над какими проблемами он хотел бы работать на занятии. Иногда психотерапевт сам предлагает темы, которые считает целесообразным включить в «повестку дня».

По окончании занятия суммируются (иногда письменно) наиболее важные выводы психотерапевтического сеанса, анализируется эмоциональное состояние пациента. Наконец, совместно с ним определяется характер самостоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии. Домашняя работа вытекает из материала последнего.

Приводим наиболее типичные варианты домашних заданий.

1. Ежедневная запись дисфункциональных мыслей с рациональным ответом. Это задание одновременно является и когнитивно-поведенческой техникой, интегрирующей много приемов.
2. Список удовольствий, которые может получать пациент независимо от другого человека.
3. Обзор основных проблем, обсуждавшихся на занятии.
4. Прослушивание кассеты с записью занятия.
5. Написание автобиографического отрывка.
6. Практика приемов совладания, релаксации.
7. Графики изменений настроения в течение дня.

8. Чтение книги или статьи, относящихся к специфической проблеме.

9. Заполнение опросников.

10. Тренировка в альтернативных видах поведения, закрепление и воспроизведение новых способов поведения in vivo.

Приводим отрывок из домашнего сочинения, которое отражало ананкастную структуру личности пациента, давало возможность психотерапевту наметить основные направления работы с юношей, облегчило планирование дальнейшей психотерапевтической тактики.

Кирилл П., 19 лет, обратился с жалобами на страх удушья после того, как однократно покурил анашу. Сочинение на тему «Страх» было написано в период индивидуальной подготовки к работе в психотерапевтической группе, проводившейся по когнитивно-поведенческой схеме.

«Я постоянно боюсь умереть. Этот страх появляется внезапно. Я как-то стараюсь отвлекаться, но это кольцо на шее мешает мне. Оно давит, сдавливает, возникает такое ощущение, что я задыхаюсь. Иногда из-за этого кольца боюсь есть, нет аппетита, а потом появляется. И иногда я поем, это бывает не очень часто, у меня такое состояние или можно сказать опять ощущение, что будет рвота. Когда на шее шарф, то я как-то не очень беспокоюсь за это кольцо, а когда его нет — у меня снова появляется страх удушья. К примеру: в пятницу я пришел в университет, вроде все складывалось хорошо. На первом же занятии я чувствую, что мне нехорошо, появилось кольцо на шее, но оно и раньше было, а теперь оно давило на шею. И как я ни отвлекался, всегда ощущал его. Мне в этот день с каждым часом становилось хуже. И после пятой пары я не выдержал, взял в раздевалке куртку и пошел домой. На улице был ветерок и мне стало лучше. В этот день я пытался не принимать таблетки. Временами становилось настолько хорошо, что я готов был прыгать от счастья, а временами так плохо, что я уже не вижу смысла в жизни. Сразу охватывают страшные мысли о том, что я могу в данный день, минуту, секунду умереть.

Моя мнительность заключается в том, что я всегда искал в себе болезни. Меня бросает даже в жар, если где-то кольнет или стрельнет. Я не могу выпить рюмку водки, потому что думаю, что отравлюсь. Если болит живот, сразу мысли, а не аппендицит ли у меня».

После определения «мишеней» психотерапии подбираются наиболее подходящие когнитивно-поведенческие приемы для работы с пациентом. Поведенческие техники используются по следующим показаниям.

1. Для уменьшения или увеличения поведенческих проявлений (уменьшение агрессии, приобретение навыков уверенного поведения).

2. Восполнение дефицита умений у пациентов, совладание с ситуационными или межличностными проблемами. Поведенческий избыток (типа агрессии) может быть связан с поведенческим дефицитом, то есть у пациента отсутствуют определенные умения, и единственный путь получить подкрепление — девиантные действия.

Поведенческие приемы ориентированы на конкретные ситуации и действия. По контрасту со строгими когнитивными приемами поведенческие процедуры нацелены на то, как действовать или как справляться с ситуацией, а не как ее воспринимать.

Когнитивно-поведенческие техники основаны на изменении неадекватных стереотипов мышления, представлений, которыми личность реагирует на внешние события, часто сопровождаемых тревогой, агрессией или депрессией.

Кроме того, одна из принципиальных задач каждой поведенческой техники — изменить дисфункциональное мышление. Например, если в начале терапии пациент сообщает, что его ничего не радует, а после проведения поведенческих упражнений меняет эту установку на позитивную, то одна из задач выполнена. Поведенческие изменения часто возникают как результат когнитивных изменений.

Поведенческие приемы включаются в курс психотерапии и психопрофилактики. Их можно разделить на методы редукции поведения и методы, усиливающие поведение (табл. 3 и 4).

Таблица 3. Методы редукции поведения

Название метода	Описание
Угашение	Отказ в подкреплении, следующий за несоответствующим поведением
Смена стимула	Изменение дискриминационного стимула (удаление или изменение запускающего поведение предшествующего стимула)

Наказание	Предоставление мягкого аверсивного стимула (aversio — отвращение), следующего после неадекватного поведения
Выключение позитивного подкрепления (тайм-аут)	Отсрочка положительного подкрепления на короткое время после неадекватного поведения
Сверхкоррекция	Пациент восполняет потерю и вносит дополнительную плату
Дифференцированное положительное подкрепление	Подкрепляется поведение, несовместимое с демонстрируемым
Постепенная подготовка к аверсивному стимулу (десенсибилизация)	Постепенное погружение в психотравмирующую ситуацию в состоянии безопасности и релаксации
Скрытое моделирование, реципрокная ингибиция	Представление в воображении избегаемого объекта и противоположного по вызываемой эмоции
Моделирование	Демонстрация поведения для копирования
Ролевая игра	Проигрывание соответствующего поведения, ситуации, конфликта с альтернативными вариантами

Таблица 4. Методы, усиливающие поведение

Название метода	Описание
Позитивное подкрепление	Предоставление позитивного стимула (награда или приятное событие), следующего за желаемым поведением
Негативное подкрепление	Удаление стимула (аверсивного или угрожающего события), следующего за желаемым поведением
Планируемое игнорирование	Не обращается внимание в случае дезадаптивного характера поведения
Жетонная система	Подкрепляется только желаемое поведение, нежелаемое штрафуется
Моделирование	Нахождение кого-либо на подходящую модель желаемого поведения и проигрывание роли in vivo
Тренинг уверенного поведения	Уверенность обладает противообусловливающим характером пассивному поведению
Когнитивные методы	Обучение рациональным, альтернативным способам восприятия действительности и решения проблем

Остановимся подробнее на наиболее широко распространенных поведенческих и когнитивных приемах.

«Постановка цели». Вначале необходимо переформулировать проблему в цель. Например, «я раздражителен» — проблема, хочу быть «спокойным, контролировать себя» — цель; «я очень внушаемый» — проблема, «хочу быть критичным, иметь свою точку зрения» — цель.

Модель «целеполагания» предназначена для более точной и четкой проработки цели и последовательности шагов для ее достижения. Перед каждым человеком, подростком особенно, встают конкретные жизненные задачи, которые необходимо разрешать самому. Выполнение решения возможно лишь при правильно сформулированной цели. Критериями этого могут быть следующие характеристики:

— формулирование цели только в положительных (позитивных) терминах (чего я хочу, а не чего я не хочу);

— точное знание достигнутого результата на уровне сенсорных ощущений (как я узнаю, что достиг цели? Что увижу, услышу, почувствую в этот момент?);

— ориентация на свои возможности (не ставится цель для окружающих, только для себя);

— улучшение или сохранение положительного опыта нынешнего состояния (достижение цели не должно ухудшать сегодняшнее состояние);

— обусловленность цели настоящим контекстом (в каких условиях цель желанна, а в каких — нет);

— экологическая чистота (реализация цели не должна наносить вред окружающим или самому человеку).

Кроме того, цель должна быть: возможной (достижимой) для субъекта; практичной (глобальные цели следует разбивать на конкретно выполнимые шаги); стоящей, то есть необходимой субъекту как таковая и в ее последствиях.

Следующие вопросы помогают идентифицировать цель:

Чего я хочу добиться? — *Результат*.

Как я узнаю, что достиг цели? Свидетельства достижения на сенсорном уровне (что увижу, услышу, почувствую?) — *Признаки*.

Когда мне это необходимо (нежелательно)? — *Условия*.

Чего мне недостает, чтобы достичь цели? — *Средства*.

Что мешало мне достичь цели раньше? — *Ограничения*.

Что произойдет, если я достигну (не достигну) цели? — *Последствия*.

Стоит ли цель моих усилий? — *Ценность*.

Кибернетическая модель ТОТЕ (от англ. test-operate-test-exit — пробую-действую-пробую-выхожу) состоит из четырех конкретных шагов.

Первый шаг: проработка цели — необходимо ясно, четко представить себе результат во всех трех модальностях (вижу, слышу, чувствую).

Второй шаг: четко и ясно осознать свидетельства достижения, признаки того, что цель достигнута. Признаки могут быть внешними или внутренними.

Третий шаг: отслеживание движения к цели (признаки, указывающие, двигаюсь ли я к цели или сбился с пути?).

Четвертый шаг: коррекция (если сбился с пути к достижению к цели, необходимо скорректировать действия).

Техника «Шаги прогресса». Каждый участник рисует лестницу, под ступенями подписывают определенные периоды времени, первая ступень — «завтра», вторая ступень — «через неделю», далее — «через месяц», следующая — «через год», наконец, «через три года».

Работая с лестницей прогресса, необходимо ответить на следующие вопросы:

Как Вы узнаете завтра, что уже достигаете цели? Какой будет знак завтра, что Вы достигаете прогресса? (Этот вопрос повторяется по всем периодам, через неделю и т. д.).

Как узнают другие завтра, что Вы достигаете цели? Какой будет знак завтра для других, что Вы достигаете прогресса? (Этот вопрос также повторяется по всем периодам и т. д.).

Запланированные поощрения: Как я награжу себя за то, что достиг определенного прогресса?

Когда кто-либо готов к выполнению изменений, тренер должен оказать конкретную помощь в планировании успеха, как выполнить желаемые изменения.

Четкий план действий — очень полезен для человека, выполняющего изменения, потому что:

— возможные проблемы и трудности могут быть определены заранее и могут быть нейтрализованы;

— четкий план поможет обеспечить должную мотивацию, мобилизовать усилия для изменений.

Хороший план действий имеет следующие характеристики.

1. Четкость задач.

План должен быть четким — например, сокращение сигарет до определенного количества, или изменение привычек в еде строго определенным образом.

2. Измеримость результатов.

Результаты должны быть таковыми, чтобы их можно было проконтролировать и измерить. Это поможет осознать прогресс и значительно повысить мотивацию, обеспечив ощутимое поощрение.

3. Соглашение между людьми, которые работают над этими изменениями.

Только сам человек может заставить свой план работать. Однако есть помощники, которые могут оказывать реальную поддержку человеку в его изменениях. Важно, чтобы план самого

человека направлял его к целям тем путем, который подходит его образу жизни, культуре, привычкам и устремлениям.

4. Реализм.

Человек должен чувствовать, что он запланировал реально осуществимое. Вера в то, что это возможно, — необходимая преамбула серьезной попытки достичь цели. Задачи должны быть небольшими, чтобы можно было их достичь в обозримом будущем, и одновременно достаточно большими, чтобы над ними стоило трудиться, и они дали ощутимый результат.

5. Временная шкала.

Четкая шкала для подготовки к изменениям, на каждой ступени изменений отслеживание прогресса, — все это необходимо и самому человеку, и специалисту, помогающему ему реально оценивать процесс и знать происходит ли он.

Реципрокная ингибиция. Ее механизм заключается в том, что ответ ослабляется в присутствии сильного, несовместимого сигнала. Например, пациент не может быть тревожен и расслаблен одновременно. Два ответа несовместимы, они не могут возникать одновременно и один уступит дорогу другому. К такому методу относится систематическая десенсибилизация Вольпе, а также другие приемы, использующие последовательное применение двух несовместимых сигналов.

Исторически метод десенсибилизации, предложенный Вольпе, был вторым методом, с которого началось широкое распространение поведенческой психотерапии. Автор исходил из следующих положений. Невротическое поведение чаще всего определяется тревогой. Действия, совершаемые в воображении, можно приравнять к действиям человека в реальности. Воображение в состоянии релаксации не является исключением из этого положения. Страх, тревога могут быть подавлены, если в одно и тоже время действуют противоположные стимулы, например гнев или релаксация. Происходит противообусловливание, угасает патологический рефлекс.

Эмоционально-стрессовыми методами работы с фобиями являются следующие поведенческие техники: наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева. В настоящее время они употребляются редко, в основном в практике детских психотерапевтов. При использовании этих приемов имеются отработанные алгоритмы. Так, например, при использовании техники наводнения существует следующая последовательность шагов: установление контакта и цели терапии, обоснование ее принципов, ознакомление со скрытыми уходами при тренинге, погружение в реальную ситуацию, повторные погружения в реальную ситуацию в соответствии с программой, закрепление позитивных стереотипов поведения.

Метод «Стоп-кран», или триада самоконтроля (применяется как средство неотложной психотерапевтической помощи), заключающийся в остановке мысли, релаксации, скрытом подкреплении. Основан на концепции скрытого моделирования.

Пациента просят закрыть глаза и представить картину, вызывающую отрицательные эмоции, одновременно сфокусировавшись на негативной мысли. Когда появляется такая мысль, его просят поднять палец. На этот сигнал психотерапевт произносит «Стоп!». Пациент обычно отмечает, что мысль исчезает. Затем его просят самому себе сказать «стоп», воображая красный сигнал светофора. После этого рекомендуется глубоко подышать и добиться релаксации. Третьим компонентом скрытого подкрепления служит представление приятной сцены, выбранной заранее из репертуара пациента. Когда пациент способен «видеть» и «чувствовать» положительные эмоции от последовательности картин, вся триада воспроизводится еще раз: 1) пациент представляет мысль, которую нужно «удалить», субвокально кричит «Стоп», представляя красный сигнал светофора; 2) проводит релаксацию; 3) представляет приятную картину. Дома рекомендуются тренировки дважды в день.

Методы аутогенной тренировки и релаксации (например, прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону) самостоятельного значения в настоящее время не имеют и используются в основном как условие для проведения поведенческой психотерапии.

Прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону (короткий вариант). Вводная инструкция. Эмоциональные переживания сопровождаются различной степенью напряжения мышц. При страхе, тревоге, гневе мышцы сильно напряжены. При положительных эмоциях мышцы расслаблены.

Занятие проводится сидя. Голова прислонена к стене, руки лежат на подлокотниках.

Вначале пациент вызывает у себя напряжение последовательно во всех группах мышц, при этом упражнения выполняются на вдохе. Пациент внушает себе ощущение тепла.

Расслабление сопровождается быстрым и резким выдохом. Время максимального напряжения мышц 5-7 с, расслабления 30-45 с. Расслабление иррадиирует по всему телу.

Каждое упражнение выполняется 2 раза.

1) Кисти. Максимально сжать кулаки. Представьте себе, что Вы выдавливаете из сжимаемой сосульки воду.

2) Мышцы рук. Руки вытянуты вперёд, пальцы растопырены. Необходимо как бы дотянуться пальцами до противоположной стены.

3) Плечи. Дотянуться плечами до мочек ушей.

4) Грудь-спина. Свести вместе лопатки.

5) Стопы. Дотянуться пальцами ног до середины голени.

6) Голени, бёдра. Пальцы ног фиксированы, пятки поднимаются.

7) Верхняя треть лица. Удивлённое лицо, наморщить лоб.

8) Средняя треть лица. Скосить глаза, наморщить нос.

9) Нижняя треть лица. «Буратино» — отвести уголки рта «до ушей».

10) Нижняя треть лица. «Поцелуй» — губы хоботком, звук «у-тю-тю».

Первые три занятия проводятся со всеми десятью группами. Потом объединяются 1-2, 3-4, 5-6, 7-10 группы.

Применение *метода редукции поведения* (систематической десенсибилизации) в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии иллюстрирует следующее наблюдение.

Миша К., 13 лет. Обратилась мать с жалобами на перепады настроения у сына, страх посещения школы, «пачкание штанишек».

Наследственность отягощена алкоголизмом по линии матери, психопатическими чертами характера по линии отца (дедушка умер от пневмонии, когда мальчику было 11 лет); бабушка и отец мальчика заикались, отец до 22 лет состоял на учете в психоневрологическом диспансере в связи с эпилепсией; требовательный, аккуратный, тревожный, контролирующий; работает часовщиком.

Родители с обеих сторон были против брака. Сначала молодожены жили со свекровью, которая работала воспитателем в детском саду. Хотела только внука («если не мальчик — выгоню из дома»).

Беременность 1-я, масса тела при рождении 4100 г, до 1 мес ребенка кормили из рожка, мать лечилась в больнице по поводу сепсиса. По возвращении матери сразу взял грудь. Рос спокойным. Свекровь следила, чтобы мать не давала ему плакать. В 11 мес показывал, что необходим горшок. Освоил навыки туалета к 3 годам. Речь с запозданием, на 2-м году — слова. В 1 год 7 мес возник стеноз гортани, существовала угроза смерти. После выписки из больницы сразу заговорил и повторял стихи. В 2 года возникла трещина заднего прохода, из-за чего стал бояться горшка. С 3 лет в течение нескольких месяцев молчал, заикался. Заикание прошло к 5 годам после занятий аутогенной тренировкой. Мать работала, с ребенком сидела свекровь, которая опекала его от столкновений с реальной обстановкой — «не ходи, упадешь, разобьешься». Гулял отдельно от детей, Основное слово у бабушки — «должен». Был послушным. В течение 1 мес перед школой посещал группу общего развития, свекровь считала мальчика «недоразвитым» и боялась, что он попадет в спецшколу. К 6 годам мальчик знал много стихов, читал, считал. В школу пошел вовремя и несколько последующих дней плакал, затем «долженствование» победило. Трудности возникали в общении с детьми, особенно на переменах. До 6-го класса учился хорошо. В это время семья переехала в квартиру родителей матери.

С 6-7-го класса стал больше уставать, не хотел идти в школу, впервые появились «испачканные штаны». Любил быть один, вырезал из журналов картинки, танцевал в одиночестве под старые пластинки, собирал их на помойке, искал их в других местах. В классе — одиночка, но его не обижали, Не любил мыть лицо. В ванной мылся только сам. Протестовал против новых вещей, новых мест и новых людей. В классе некоторые считали его умным, но он старался избегать деятельности, связанной с коллективной работой (например, совместный доклад). В этом был схож с отцом, с ним проводил воскресенья.

Характеристика из школы. «Мальчик очень тихий, самостоятельно инициативу не проявляет. Постоянно находится в состоянии тихой паники, что его могут вызвать, спросить, дать какое-либо задание. Год-два назад мог дойти до истерики, если ему не удавался ответ на заданный вопрос. Не смотрит собеседнику прямо в глаза, слегка отвернувшись смотрит вбок, плечи приподняты, голова втянута. Общается с немногими одноклассниками, на переменах стоит около класса. На

уроках физкультуры часто бывают сложности при выполнении упражнений. В этом году значительно снизилась успеваемость. По словам учителей-предметников, Миша успевает за счет системности имеющихся знаний, но запас сейчас почти не пополняется, учиться стало труднее».

Объективно. В контакт вступает настороженно. Очень тревожен, зажат. Боится неизвестности, неопределенности. Пугается мысли, что его отрицательно оценят. Исполнительный. Педантичный. Интеллект соответствует возрасту, образованию.

Результаты психологического обследования. Мальчик во время исследования собственной инициативы не проявляет, неуверен в себе, чувствителен к реакции взрослого: реагирует повышением интеллектуальной продуктивности на элементарную поддержку, поощрение. При обследовании на первый план выступает значительное снижение функциональной активности внимания: время сосредоточения в процессе конкретной деятельности сокращено, выявляются выраженные трудности концентрации внимания (в корректурной пробе 95 ошибок при норме — до 20), обнаруживается истощаемость психических процессов гипостенического типа. Отмечается также ослабление памяти (кривая запоминания — 5, 7, 7, 8, 9 слов из 10; отсроченное воспроизведение — 5 слов через 1 час).

Общий уровень интеллектуальных функций соответствует средней норме (109). Мальчику легче даются практические действия (невербальная оценка — 112), в то время как при выполнении вербальных заданий испытуемый менее успешен, структура интеллекта неравномерна. Причина этого кроется в суженном словарном запасе, заниженном объеме внимания и памяти.

Цветовой тест отношений. Имеет место блокировка потребности в активных действиях и агрессии (отвержение красного цвета в раскладке), отношение к себе — 12 баллов, мать — И баллов, дедушка — 26 баллов, бабушка — 6 баллов, отец — 7 баллов, школа — 22 балла, друг — 10 баллов, семья — 7 баллов. При исследовании самооценки методом рангов себя в восьмицветной раскладке поставил на 6-е место.

Данные ЭЭГ. Регистрируются общие изменения электрической активности головного мозга, указывающие на снижение функционального состояния коры и подкорково-стволовых структур. Локальные изменения по типу ослабления функции в подкорковых отделах правого полушария. Раздражение ствола мозга с преимущественным вовлечением центрально-теменных и височных отведений обоих полушарий. Под действием гипервентиляции эти изменения приближаются к пароксизмальным (с большей выраженностью компонентов раздражения слева). Характер выявленных изменений не исключает их органическую природу (с более давним и глубоким захватом правого полушария).

Проведена когнитивно-поведенческая психотерапия. На первом занятии начато овладение методикой мышечной релаксации, упражнения рекомендовано закрепить дома. На втором занятии пациент составил иерархию своих страхов.

1. Подходить к телефону, когда он звонит.
2. Разговаривать с незнакомыми людьми по телефону.
3. Звонить малознакомым людям по телефону, даже многим одноклассникам.
4. Спрашивать у продавца ту или иную вещь.
5. Играть с одноклассниками, кроме Павлика.
6. Разговаривать с незнакомыми людьми.
7. Поехать куда-нибудь одному на транспорте.
8. Встречаться с хулиганами, задирами.
9. Купаться в канале, плавать в бассейне.

Каждое занятие содержало в себя проработку одного из страхов в рамках систематической десенсибилизации по Вольпе с проверкой in vivo, рассмотрение домашних заданий и работу с ними, стимуляцию совместной деятельности отца и сына, самостоятельную стирку трусов и носков, производился поиск ресурсов и присоединение к будущему.

Домашние задания включали в себя следующие темы: «Как распознать, что я хочу», «Что такое удовольствие», «Моя семья». Давались совместные задания сыну и матери, например, «Как я узнаю о своих чувствах, что происходит в моем теле» — через ведение дневника и взаимные беседы с матерью. Предлагалось завести дома грушу или поролоновую подушку для отреагирования агрессивных эмоций, которые мальчик не умел выражать.

Приводим пример домашнего сочинения мальчика.

«Живем мы в Санкт-Петербурге все вместе: я, папа, мама и бабушка с дедушкой. Мама с папой живут в одной комнате, я тоже в одной, и бабушка с дедушкой в одной. Когда я ухожу в школу, а

папа с мамой на работу, бабушка закрывает за нами дверь. А потом опять идет спать. Когда я рад, у нас в семье все тоже радуются, когда все радуются, я тоже радуюсь. Вечером я прихожу к маме с папой в комнату, и мы втроем смотрим телевизор. Один раз по телевизору показывали интересное кино, оно мне очень понравилось. У нас дедушка курит в туалете, и нам никому это не нравится, приходится устранять освежителем. Когда я не справляюсь с уроками, то зову маму, чтобы мне помогла. Папа приходит домой поздно вечером, усталый, раздражительный. И постоянно на всех злится, а потом идет смотреть телевизор допоздна. Бабушка, когда ее обидят, промолчит, а когда дедушка на нее начинает кричать, то она тоже кричит, и это превращается в скандал. Один раз бабушка забыла у себя на столе свои очки, а потом спрашивает, где мои очки, а дедушка говорит: не знаю, а бабушка говорит, нет знаешь, а он говорит, нет, не знаю, и они начинают кричать друг на друга, а потом они ссорятся. Кричат и кричат, пока кто-нибудь их не успокоит. Делает это обычно мама, или они сами успокаиваются. Один раз это хотел сделать я, а они говорят — отстань от нас — мы сами справимся без тебя. В конце концов они успокаиваются до новой ссоры, а ссоры у них бывают частые и продолжительные. Мне это не нравится. И поэтому я ухожу от них. Вот такая наша семья, неспокойная, но и не буйная, а средняя. Но я хотел бы жить вместе с мамой, папой, но не с бабушкой и дедушкой. Лучше, если бы они уехали от нас в однокомнатную квартиру, а мы остались в этой квартире втроем».

В результате занятий энкопрез прекратился. Мальчик стал общительнее в школе, с удовольствием ходит в магазин, повысилась самостоятельность. Всего проведено 12 занятий с периодичностью 2-3 раза в месяц.

Тренинг уверенного поведения. Наиболее трудными областями общения и источником отрицательных эмоций у пациентов с пограничными психическими расстройствами служат следующие моменты: умение за себя постоять, публичные выступления, вступление в контакт, страх неудачи или отвержения, страх отрицательной оценки, адекватное поведение в незнакомой или неформальной обстановке, принятие ответственности за свое поведение.

Тренинг уверенного поведения разрешает эти проблемы и представляет собой сплав следующих когнитивно-поведенческих методов: дискриминационного тренинга, состоящего в обучении пациентов распознавать агрессию, уверенность и пассивное поведение (табл. 5); моделирования различных сложных ситуаций; положительного подкрепления уверенного поведения и реакций; десенсибилизации страха и гнева, ингибиторами которых является уверенное поведение; расширения признаков уверенного поведения в реальных жизненных обстоятельствах; знания собственных прав и прав другого.

Таблица 5. Различие неуверенного, агрессивного и уверенного поведения

Поведение	Действие	Невербальное поведение
Неуверенное	Не показывать другим, в чем состоят Ваши права. Выглядеть нервным. Выполнять желания каждого. Позволить другим делать вещи, которые Вам не нравятся	Демонстрация неуверенной позы, отсутствие контакта глазами
Агрессивное	Игнорировать права других. Заставлять других чувствовать себя напряженно. Перекладывать на других ответственность. Громко говорить	Демонстрировать напряженную позу. Выдвигаться вперед. Таращить глаза. Трясти кулаками или топать ногами. Интонации голоса злые или саркастические
Уверенное	Заявлять свои права. Говорить четко, голос уверенный и спокойный. Уважать права других. Не позволять другим заставлять Вас делать то, чего Вы не хотите	Поза прямая. Хороший контакт глазами. Свободно выражаются все эмоции, их невербальное сопровождение свободно

Выбор пациентов на тренинг уверенного поведения учитывает специфические ситуации, где оно затруднено; особые обстоятельства, препятствующие уверенному поведению; ситуационные, а не общие проблемы неуверенности; мотивацию к изменениям; согласие на работу в группе и желание самораскрытия; реальные ожидания и постановку конкретных целей. Прежний негативный опыт работы в группе требует больше времени для предварительной подготовки. Примерная программа такого тренинга состоит из 6-9 занятий, проводимых 1-2 раза в неделю по 1,5 ч.

1-е занятие включает короткую (не более 10 мин) лекцию, содержанием которой служит краткий обзор 9 занятий, описывающий смысл игр и упражнений в общей системе когнитивной реконструкции и поведенческого моделирования, затем участники группы высказывают свои опасения и ожидания, формулируют основную цель (поведение-мишень) пребывания в группе. Проводятся игры и упражнения, направленные на сплочение группы, различение уверенных, агрессивных и пассивных действий, вербального и невербального поведения.

2-е занятие посвящается способам уметь говорить «нет».

3-е и 4-е — ситуациям обвинения, несогласия; повышению фрустрационной толерантности.

5-е — обучению способам совладания со стрессом.

6-е — умению разрешать проблемы, обучению рациональному и позитивному мышлению.

7-е — принципам ведения спора, дискуссии.

8-9-е — решению индивидуальных проблем.

Считается необходимым поиск альтернатив для агрессивного и пассивного поведения: спрашивать разрешения, делиться с другими, помогать другим, вести переговоры, развивать самоконтроль, отстаивать свои права, отказывать; обучать различным способам реакции на шутки, умению выйти из конфликта и т. д.

Приобретение уверенности взамен агрессивного и неуверенного поведения, которое желательно увидеть у пациентов (положительная динамика), доступно наблюдению. В процессе тренинга ведущий занятия добивается, чтобы проблемное поведение встречалось реже, а «поведение-мишень», ради которого пациент пришел на занятия, увеличилось. Этому способствует применение приемов шкалирования, пространственной и графической социометрии, анализ самоотчетов участников группы.

На последнем занятии рекомендуется делать повторные замеры показателей, способных отразить изменения, а также опрашивать пациентов, что удалось им приобрести в результате тренинга, а что не удалось достигнуть. Сигнал к продолжению психотерапевтической работы давали те пациенты, которые не выполнили своих задач. Тогда тренинг уверенности в себе служит лишь этапом комплексной психотерапевтической программы.

Методы самоконтроля. Методы самоконтроля базируются на оперантном обусловливании с использованием некоторых когнитивно-поведенческих приемов. Если психотерапевту удается использовать принципы теории научения для изменения поведения пациента, то можно полагать, что и сам пациент в состоянии это сделать. Таким образом, тренинг состоит из различных видов поведенческой модификации, который планируется и проводится пациентом под руководством психотерапевта. Изменения поведения пациента возникают при условии его активного вовлечения в процесс лечения и принятии ответственности за результат. Пациент развивает новые стратегии совладания с трудностями, ранее отсутствовавшие в его поведенческом репертуаре. Методы самоконтроля помогают уменьшать страх и тревогу, контролировать агрессивное поведение, улучшать учебу, повышать уверенность в себе, и в конечном итоге — регулировать самооценку. Методы самоконтроля условно можно разделить на методы самонаблюдения, самооценки (самоописания), самоподкрепления.

Самонаблюдение предоставляет психотерапевту возможность исследовать основную линию проблемного поведения. Пациента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить, что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Самонаблюдение позволяет также пациенту научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. Например, мужчина, который часто агрессивен по отношению к своим близким, может научиться распознавать, что заставляет его злиться и поддерживать один и тот же стереотип поведения, о чем он в этот момент думает, осознать мотивы своего поведения. Постепенно вместо физической агрессии у него есть шанс использовать более безопасный вербальный ее компонент (не бить жену, а кричать на нее). В дальнейшем вместе с психотерапевтом у пациента появляется возможность научиться более адаптивным способам поведения. Самооценочный аспект тренинга способствует развитию понимания пациентом его поведения, поиску альтернативных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не агрессивно), выяснить, что другие могли чувствовать по поводу его поведения, осуществлять постановку других целей. Заключительный этап тренинга самоконтроля состоит в установлении системы самоподкрепления, например, награждать себя каждый раз, когда у пациента что-то получилось хорошо.

Прием «шкалирования» позволяет сделать замеры проблемы: больше или меньше, сколько процентов, градусов, на каком месте по тяжести и т. д. При ответе на подобные вопросы у пациента иногда спонтанно возникает снижение тревоги. Для тех пациентов, которые воспринимают вещи как «все или ничего», этот прием также весьма эффективен. Шкалирование чувств позволяет увеличить у пациентов дистанцию или расширить перспективу. Пациенты замеряют чувства или установки, используя десятичную (1-10) или стобалльную (1-100) систему измерения. Пациентам предлагается оценить любое стрессовое событие в жизни по этой же системе. Техника шкалирования дает возможность определить установки в их жизненном контексте. Так как пациенты нередко находятся на крайних позициях, любое движение к средней точке имеет лечебный эффект. В когнитивной психотерапии она нашла применение в комплексной работе с дисфункциональными мыслями, иррациональными установками (табл. 6). Проработка когнитивной цепочки таким образом снижает степень выраженности отрицательных эмоций и дает возможность поиска альтернатив. Запись дисфункциональных мыслей может осуществляться как на занятии с психотерапевтом, так и в виде домашнего задания. С помощью приемов шкалирования оценивается также эффективность разных методов социально-психологического тренинга (например, на каком месте по уверенности Вы себя поставите), проведя замеры в начале и в конце цикла занятий.

Таблица 6. Ежедневная запись дисфункциональных мыслей

Дата	Описание	Эмоции	Автоматические мысли	Рациональный ответ	Исход
	1. Актуальное событие, приводящее к отрицательным эмоциям 2. Поток мыслей, фантазий	1. Печаль, гнев, тревога и др. 2. Степень проявления эмоции в баллах (1— 100)	1. Записать автоматическую мысль, предшествующу ю эмоции 2. Убежденность в автоматической мысли (0-100)	1. Записать рациональный ответ на автоматическую мысль 2. Шкалирование ответа (0-100)	1. Пересчитать убежденность в автоматической мысли (0-100) 2. Определить и подсчитать последующую эмоцию (0-100)

Исследование угрожающих последствий («декатастрофизация»). Этот прием, также называемый «что если», включает помощь пациентам в оценке преувеличения ими природы катастрофической ситуации и расширении ограничения мышления. Используются вопросы и воображение. Задаются вопросы типа «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?». Если ими опыт (и сама жизнь) воспринимается как серия катастроф и проблем, психотерапевту следует подвести их к восприятию реальности. Пациент должен увидеть последствия жизненных событий не через призму «все или ничего», а более оптимистично. Важно, чтобы этот прием использовался с деликатностью и вниманием, чтобы пациент не чувствовал себя высмеянным психотерапевтом. Одновременно его стимулируют к поиску альтернатив.

Баланс решения. Клиенту предлагается обдумать ту часть поведения, которую он собирается изменить (проблемное поведение). После чего написать баланс решения, выделив все «за» и «против» нынешнего поведения для него.

«За» — причины для продолжения нынешнего образа жизни.

«Против» — причины для изменения нынешнего образа жизни.

Как известно, процесс принятия решения изменить поведение — это взвешивание всех «за» и «против». Мотивация очень редко бывает односторонней, всегда существуют «за» и «против» нынешнего образа жизни и «за» и «против» его изменения. Они могут меняться или принимать на себя приоритеты с течением времени. Увеличение количества, удельного веса «против» — ключевой фактор в продвижении к стадии действий и выполнения изменений.

Баланс решения действителен только в том виде, как его видит сам человек. Это субъективный процесс. Другие могут иметь свою, отличную точку зрения на «за» и «против» образа этого человека. Психологу необходимо использовать метод активного слушания, чтобы убедиться, что он не навязывает свой баланс решения.

Ресурсные приемы. Техника «Прошлые успехи». Для выполнения этого шага необходимо нарисовать солнышко с множеством лучей (7 и более). На каждом луче солнца необходимо написать событие, связанное с прошлым успехом. (Закономерность: чем больше лучей, тем больше прошлых успехов). Карта прошлых успехов заполняется в два этапа. Сначала человек

ищет успехи в прошлой жизни в решении подобной проблемы, проблема может быть по структуре схожей. Например, есть проблема взаимоотношения с взрослыми. Были ли в прошлом сходные проблемы, решались ли они тогда? Если «да», то именно эти события вписываются в солнышко в первую очередь. Во вторую очередь вписываются просто успехи, которые человек испытывал в прошлом. Вспоминание этих успехов пробуждает ресурсы, укрепляет самооценку.

Техника «Ресурсы для достижения». Карта ресурсов выполняется по тому же шаблону. Необходимо снова нарисовать солнышко и на лучах его прописать ресурсы для достижения своей цели. Ресурсы — это запас энергии, необходимый для осуществления цели. Ресурсом может быть источник, наполняющий силой, энергией, дающий уверенность, убежденность. Это могут быть определенные люди: мама, друзья и др., могут быть увлечения, хобби, природа. К ресурсам могут относится личные качества человека, например, упорство, настойчивость и др.

Техника «День независимости». «Праздник независимости» — это не метафора, праздник независимости наступает тогда, когда человек избавился от проблемы, освободился от ее тягот и стал независимым от нее. Снова используется рисунок солнца, на лучах которого необходимо написать тех людей, кто, как Вы предполагаете, оказывает Вам помощь в решении проблем. Здесь используется прием: как если бы... Как если бы Вы уже решили проблему, кого бы Вы пригласили за праздничный стол? Именно этих людей необходимо отметить на лучах солнца.

Домашнее задание: «Если в лесу упало дерево, но никто об этом не знает — упало ли оно?».

Дома необходимо отправить открытки всем тем, кого прописали на лучах солнышка. Открытка должна быть анонимной, содержать только благодарственную надпись : «Я благодарю Вас за то, что Вы оказали мне помощь в решении моей проблемы!».

Психотерапевтическая работа с когнитивной схемой. Превращению планов в действия отчетливо препятствуют зафиксированные правила, иррациональные установки, ошибки в когнитивных выводах, а также отсутствие правил или когнитивный дефицит (незнание своих прав, последствий своего поведения, неумение использовать альтернативы). Предложенная когнитивными психотерапевтами базовая формула (АВС) проста. Гораздо сложнее побудить пациентов приложить ее к своей жизни. Самым затруднительным для них является правильно определить В.

А = активирующее событие, или стимулы.

Вп = когниции и убеждения разных видов.

Се = эмоциональная реакция — то, что мы чувствуем.

Cb = поведенческая реакция — то, что мы делаем.

Чтобы правильно определить В, для начала пациентам важно осознать, что В обозначает множество видов внутренних процессов. Перечислим некоторые из них.

Внутренний разговор с собой.

Самоэффективность.

Восприятие.

Избирательное внимание.

Избирательное невнимание.

Атрибуции.

Ярлыки (слова и фразы).

Объяснения.

Иррациональные установки.

Когнитивные карты.

Требования к себе.

Жизненные ориентиры.

Мысленные ассоциации.

Я-концепция.

Образы.

Избирательная память.

Гештальт-паттерны.

Темы и рассказы.

Предрассудки, воображение, оценки.

Умозаключения и выводы.

Самоинструкции.

Предположения.

Внутренние сценарии.

Идеализированные когнитивные модели.

Персонализированные мифы.

Обработка информации.

Когнитивные схемы.

Гештальты.

Ведущий образ действий.

Психотерапевт может помочь пациентам понять этот длинный список терминов, пояснив, что все эти В происходят в разное время. Как в домино, каждый из этих умственных процессов запускает последующий, пока они все вместе не образуют силу, достаточную для того, чтобы вызвать определенную эмоцию или действие.

Когнитивные искажения проявляются чаще всего в виде:

— когнитивных пробелов: «Этого я еще не пробовал!»;

— абстрактности, глобальности, сверхраспространенности: «Мир или черный, или белый», «Все, что я делаю — плохо»;

— правил долженствования (интроектов): «Мать должна меня содержать до 18 лет», «Я должен получить высшее образование, чтобы достигнуть положения»;

— правил избегания и уклонения, указывающих на скрытые мотивы поведения: «В группе я не буду раскрываться»;

— правил, связанных с эмоционально-аффективным опытом: «Уже при воспоминании об экзамене у меня возникает дрожь».

Иррациональные установки нередко выполняют роль психологической защиты и препятствуют изменениям. В беседе с пациентом необходимо вникнуть в систему правил проблемного поведения, придерживаясь принципов позитивной трактовки симптома и поведения. Нарушения поведения (симптомы) возникают в результате собственных гипотез, нередко не имеющих аргументов для их подтверждения. На одном из занятий необходимо выяснить, кто и для чего это правило создал и нет ли конфликта между правилами.

Самоинструкции. Мы все говорим что-либо себе. Мы даем себе приказы, указания, инструкции или информацию для решения проблем. Мейхенбаум разработал экстенсивную модель для тренировки механизмов совладания («прививка против стресса»). Согласно этой модели, человек движется от открытой вербализации инструкций к субвокализации и далее — к внутреннему диалогу.

Пациент может начать с прямой вербализации, которая со временем станет частью поведенческого репертуара. Пациентов обучают прямым инструкциям, которые в ряде случаев переходят в «контр-инструкции» (страх, агрессия и другие нарушения поведения). Самоинструкции применяются с примерными формулами по следующим этапам.

1. Подготовка к столкновению со стрессором.

«Я смогу разработать план, чтобы справиться с этим».

«Это легко сделать. Помни о чувстве юмора».

2. Реагирование во время провокации.

«Пока я сохраняю спокойствие, я контролирую ситуацию».

«Беспокойство не поможет мне в этой ситуации. Я спокоен».

3. Отражение опыта.

а) Когда конфликт неразрешим: «Забудь о трудностях. Думать об этом — только разрушать себя».

б) Когда конфликт разрешен или удалось справиться с ситуацией: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций, методов релаксации одновременно. В этом интегрированном варианте пациенту предлагается на фоне релаксации в безопасной обстановке психотерапевтического кабинета использовать воображение

и перенестись в ситуацию, вызывающую проблемы и сопровождающие их неприятные ощущения. В отличие от методики систематической десенсибилизации пациент самостоятельно последовательно преодолевает барьеры, используя релаксацию, тренинг самоинструкций, положительное подкрепление, анализируя дисфункциональные мысли. В прямой вербализации отрицательных эмоций пациенты часто обнаруживали иррациональность собственных идей. Если фантастические последствия подтверждаются аргументами, психотерапевт работает по реалистичной оценке опасности, а пациент приобретает навыки совладания. Этот метод используется и у пациентов, имеющих негативное отношение к гипнозу.

Проиллюстрируем вышесказанное следующим наблюдением.

Максим, 20 лет, основная проблема — страх публичного выступления. Третье занятие индивидуальной психотерапии. На предыдущих встречах освоил прогрессивную мышечную релаксацию и тренинг самоинструкций. Приводим фрагмент записи диалога с психотерапевтом. Занятие проводится в состоянии релаксации с закрытыми глазами.

Психотерапевт: «Теперь представь себе, что ты идешь в аудиторию и хочешь сделать сообщение».

Максим: «Я это сделаю. Я еще совершенно спокоен. Нет, это не совсем верно».

Психотерапевт: «Опиши же это...»

Максим: «Я замечаю, что у меня начинает выступать пот... Но я хочу это выдержать. Немного страха я ведь могу выдержать».

Психотерапевт : «Хм...»

Максим: «Собственно говоря, это же ерунда так волноваться, когда я еще не вошел в институт!»

Психотерапевт: «Да, соберись спокойно с духом! Скажи же громко: важно не отступать при любом легком страхе!»

Максим: «Да...»

Психотерапевт: «Скажи это спокойно!»

Максим откашливается ...

Психотерапевт: «Ну...?!»

Максим: «Важно не увиливать сразу же. Я так или иначе должен это выдержать. Я же хочу этого. Я ведь хочу снова говорить перед группой!». (Максим открывает глаза и смотрит на психотерапевта).

Максим: «Знаете, я уже часто так говорил себе. Но всегда я оказывался слишком трусливым. В большинстве случаев я только предполагал это сделать...»

Психотерапевт: «Теперь ты хочешь, наконец, выдержать ?!»

Максим: «Да.» (Он снова закрывает глаза. Пауза).

Максим: «Итак, я встаю с места и просто иду к доске... Странно, что я это могу сделать?!»

(Максим повторил тренировку дома, а на следующий день сделал сообщение на семинаре. Страх публичного выступления значительно уменьшился).

Когнитивные искажения у пациента являются ключами в работе со схемой.

Цель психотерапии — помочь пациенту выявить различные дисфункциональные правила, по которым он живет. Можно выделить несколько направлений работы. Первое из них — это замена схемы. Если сравнить со сломанным велосипедом, у которого колесо вышло из строя, то это замена его на новое. Данное направление — сложная задача для пациентов, так как требует много времени, и лишь немногие из них мотивированы на длительную работу. Проиллюстрируем это следующим клиническим случаем.

Иван Г., 18 лет, обратился с жалобами на неуверенность в себе, страх отрицательной оценки, трудности установления контактов с ровесниками, тремор рук при волнении. Наследственность нервно-психическими расстройствами не отягощена. Старший ребенок в семье. Ранний анамнез неизвестен из-за отсутствия родителей на приеме и нежелания юноши информировать их о своем обращении к специалистам. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, ревнивая, старалась всех членов семьи подчинять своей воле. Отец мягкий, самоутверждается на работе, дома следует директивам супруги. В детстве уделял внимание мальчику, затем от воспитания устранился. Младшая сестра конкурирует с братом за внимание родителей.

Пациент пошел в школу с 7 лет, учился удовлетворительно. В 5-м классе подвергался насмешкам, пытался установить «границы Я», дрался с одноклассниками. Замечал, что на высоте

эмоционального напряжения появлялось онемение дистальных отделов верхних конечностей («не чувствовал удара кулака»). К 9-му классу нарастала неуверенность в своих силах, страх оценки, в 10-м классе появилось дрожание рук при волнении.

Впервые обратился к психотерапевту по поводу вышеописанных жалоб в 17 лет. Получил 10 сеансов гипнотерапии без существенного улучшения. Хотел поступить в медицинский институт, но из-за мнения репетитора («Слабо знаешь химию — не поступишь!») отказался от этой идеи и выдержал конкурс в технологический институт. В связи с ухудшением состояния вновь обратился к психотерапевту.

Неврологический статус: определяется легкий мелкоразмашистый тремор верхних конечностей, стойкий красный дермографизм.

Психический статус: сразу же согласился на встречу с клиническими ординаторами. Подробно и с удовольствием отвечает на вопросы, детализированно излагает факты анамнеза. Фон настроения не снижен. Несмотря на небольшое смущение, внимание к себе ценит. Мышление по темпу не изменено, застревает на деталях. Предъявляет множество усвоенных без критики правил, норм жизни, обижен на родителей. Самооценка неустойчивая. Втайне мечтает о власти над людьми, критика к своему состоянию имеется. Мотивирован на проведение групповой психотерапии. Уровень мотивации высокий. Свою цель сформулировал как желание разобраться в себе.

С помощью методики IBT (тест иррациональных установок) выявлены следующие искажения в когнитивной сфере: высокий уровень ожиданий от себя, тревожная сверхозабоченность в отношении будущих событий, долженствование. Вырисовывается невротический конфликт типа «хочу и не имею права», который поддерживает симптом. Пациенту было предложено пройти групповую психотерапию.

Динамическое наблюдение в процессе групповой психотерапии. Страх отрицательной оценки в основном со стороны старших по возрасту. Играет роль жертвы, при этом испытывает удовольствие («могу перетерпеть боль, унижение»), помогающая ему утвердиться в роли стоика. Застревает на выводах, которые сам делает в отношении себя («Наверное, меня в группе не поймут»). На одном занятии был растерян, затем активно включился в работу группы, уменьшилась фиксация только на своих проблемах, стал помогать другим участникам. В процессе психотерапии была подвергнута критике старая система установок («разрушили мою крепость»), начато построение новой схемы в последующей индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии. Процесс психотерапии занял в общей сложности 36 часов.

Катамнез через 1 год. Тремор рук отсутствует, фон настроения ровный. Забрал документы из технологического института и поступил в университет.

Другая возможность — модификация схемы. Она включает небольшие изменения в поведенческом репертуаре. Если сравнить это вновь со сломанным велосипедом, то существует возможность оставить старое колесо, но заменить подшипники, затем ось и т. д. В этом случае необходим достаточный контакт с микросоциальным окружением, поддерживающим дисфункциональную схему.

И, наконец, третье направление — реинтерпретация схемы. Она включает помощь пациенту в понимании и новом взгляде на свои установки. Психотерапевт совместно с пациентом ищет новые пути взаимодействия с окружающим миром, в том числе помогает в выборе профессии. Например, если у пациента имеется потребность в ограничении контактов с людьми, а предшествующая психотерапевтическая работа дала незначительные результаты, можно посоветовать ему выбор профессии, где его потребность будет удовлетворена. В реинтерпретации схемы могут оказать помощь многие описанные выше когнитивные приемы, включая парадоксальные методы.

В процессе психотерапевтической работы старые (иррациональные) правила вычеркиваются и заменяются другими — позитивными (рациональными).

Суммируя все вышеуказанное, необходимо еще раз отметить, что современная поведенческая психотерапия, подчеркивая значимость принципов классического и оперантного научения, не ограничивается ими, обогащается приемами других направлений, таких как экспериментальная, социальная и возрастная психология. Важность «случайных событий», промежуточных переменных, расположенных между стимулом и реакцией, когнитивной составляющей поведения признается всеми исследователями. В последние годы это направление психотерапии абсорбирует также положения теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем, вследствие чего модифицируются и интегрируются методики и техники поведенческой психотерапии и сегодня точнее было бы говорить о когнитивно-поведенческой психотерапии.

Когнитивная психотерапия. Основные положения когнитивной психотерапии были сформулированы Беком независимо от Эллиса, который в 50-е годы разработал метод рационально-эмоциональной психотерапии. Как самостоятельный метод когнитивная психотерапия сформировалась уже позднее — в 60-е годы. Этот метод представляет собой развитие поведенческой психотерапии, в которой эмоциональные реакции и психические расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными навыками, приобретенными в прошлом, иными словами, в которой в качестве промежуточных переменных выступает мысль (когниция).

Подобно рационально-эмоциональной психотерапии, когнитивная психотерапия исходит из того, что восприятие объекта или события опосредуется мышлением и, только осознав это опосредующее звено, можно понять реакцию человека, прежде всего ее эмоциональные и поведенческие аспекты. Схема взаимодействия окружения и индивида представляется в виде S — O — R (стимул — реакция с промежуточной переменной O, включающей прежде всего когнитивную переработку воспринятого). Когнитивная психотерапия исходит из положения, что психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связаны с аберрацией мышления. Под аберрацией мышления Бек понимал нарушения на когнитивной стадии переработки информации (обозначение, селекция, интеграция, интерпретация), которые искажают видение объекта или ситуации. Искаженные когниции являются причиной ложных представлений и самосигналов и, следовательно, неадекватных эмоциональных реакций. Поэтому целью метода является исправление неадекватных когниций. Считается весьма желательным максимальное использование опыта пациента в позитивном решении жизненных задач и генерализации правил их решения на проблемные сферы. Бек сравнивал работу, которую проводит когнитивный психотерапевт, с коррекцией двигательного стереотипа при игре на музыкальном инструменте. Осознание правил неадекватной обработки информации и замена их правильными — таковы главные задачи.

Когнитивная психотерапия наиболее показана людям со способностью к самонаблюдению и анализу своих мыслей. Она предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношениях между ними, близких к партнерским. Пациент и психотерапевт должны в самом начале достичь согласия в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, подлежащей коррекции), средств ее достижения, возможной продолжительности лечения. Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен в общем принять базисное положение метода о зависимости эмоций от мышления: «Если мы хотим изменять чувства, надо изменять вызвавшие их идеи». Установление контакта может начаться с принятия психотерапевтом некоторых представлений пациента о болезни с постепенным переводом его на позиции когнитивной психотерапии. Слепое следование за психотерапевтом и повышенный скептицизм — два полюса негативного отношения к предстоящему лечению. Поэтому приведение подобных позиций к центру — залог успешности психотерапии.

Важная задача начального этапа — сведение проблем (идентификация проблем, имеющих в основе одни и те же причины, и их группировка). Эта задача относится как к симптомам (соматическим, психопатологическим), так и к эмоциональным проблемам. При этом достигается укрупнение мишеней психотерапевтического воздействия. Другим вариантом сведения проблем является идентификация первого звена в цепи симптомов, которое и запускает всю цепь, что иногда приводит к выходу на перцептивный уровень.

Следующий этап — осознание, вербализация неадаптивных когниций, искажающих восприятие реальности. Для этого может быть использовано несколько приемов, например экспериментальный метод. В этом случае пациент получает подробные представления о некоторых положениях когнитивной психотерапии с обращением особого внимания на необходимость проведения различий между объективной (сенсорный уровень обработки информации) и воспринятой реальностью. Уровень субъективного восприятия зависит от когнитивных процессов и связан с интерпретацией — обработкой сигналов первого уровня. На этом уровне могут быть значительные искажения из-за сбоев, ошибок когнитивных процессов, из-за автоматически включающихся оценочных когниций — неадаптивных правил. Экспериментальный метод предполагает погружение пациента в значимые ситуации, в том числе по принципу «здесь и теперь», в присутствии психотерапевта. Обращение внимания пациента на параллельно текущий поток мыслей в такой ситуации, вербализация этих мыслей обучают пациента методике последовательного анализа своего восприятия объекта или события. Распознавание неадаптивных когниций может быть облегчено с помощью приема коллекционирования автоматических мыслей. Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции и затрудняющей решение

какой-либо проблемы. Пациенту предлагается сосредоточиваться на мыслях или образах, вызывающих дискомфорт в проблемной ситуации или сходных с ней. Неадаптивные когниции, как правило, носят характер «автоматических мыслей». Они возникают без какого-либо предварительного рассуждения, рефлекторно, и для пациента всегда имеют характер правдоподобных, вполне обоснованных, не подвергаемых сомнению. Они непроизвольны, не привлекают его внимания, хотя и направляют его поступки. Сфокусировавшись на них, пациент может распознать их и зафиксировать. Обычно в значимой, проблемной ситуации эти мысли осознаются с трудом, например у лиц, страдающих фобиями. Опознание их облегчается при реальном приближении к такой ситуации. Неоднократное приближение или погружение в ситуацию позволяет сначала осознать, осуществить «коллекционирование» их, а впоследствии вместо сокращенного, как в телеграмме, варианта, представить его в более развернутом виде.

Метод «заполнения пустот» используется, когда уровень испытываемых эмоций или симптомов носит умеренный характер и когниции, сопровождающие их, недостаточно оформлены, нечетки. В этом случае используется схема анализа, предложенная Эллисом, и названная им схемой А, В, С. Пациент обучается наблюдать за последовательностью внешних событий (А) и реакцией на них (С). Последовательность становится ясной, если пациент заполняет пустоту в своем сознании, которая явится связующим звеном между А и С, то есть обозначит В. Это мысли или образы, возникавшие в этот промежуток и делающие понятной связь между А и С. Следует вновь подчеркнуть, что в когнитивной психотерапии признается существование неадаптивных когниции как в образной, так и в вербальной форме.

После этапа обучения пациента умению идентифицировать свои неадаптивные когниции нужно научить его рассматривать их объективно. Процесс объективного рассмотрения мыслей называется отдалением.

Больной рассматривает свои неадаптивные когниции, как обособленные от реальности психологические явления. Отдаление повышает способность пациента проводить разграничение между мнением, которое надо обосновать («я считаю»), и неопровержимым фактом («я знаю»), развивает умение осуществлять дифференциацию между внешним миром и своим отношением к нему. Прием обоснования, доказательства реальности своих автоматических мыслей больным психотерапевту облегчает дистанцирование от них пациента, формирует у него навык видеть в них гипотезы, а не факты. В процессе отдаления пациенту становится более ясным путь искажения восприятия события.

Следующий этап условно получил название этапа изменения правил регуляции поведения. Согласно когнитивной психотерапии люди для регуляции своей жизни и поведения других используют правила (предписания, формулы). Эта система правил в значительной степени предопределяет обозначение, истолкование и оценку событий. Правила регуляции поведения, которые носят абсолютный характер, влекут за собой регуляцию поведения, не учитывающую реальной ситуации и поэтому создающую проблемы для индивида. Для того чтобы у пациента не было таких проблем, ему необходимо модифицировать их, сделать их менее генерализованными, менее персонифицированными, более гибкими, больше учитывающими реальность. Содержание правил регуляции поведения центрируется вокруг двух основных параметров: опасности — безопасности и боли — удовольствия. Ось опасности — безопасности включает события, связанные с физическим, психологическим или психосоциальным риском. Хорошо адаптированный человек обладает достаточно гибким набором точных правил, позволяющим соотносить их с ситуацией, интерпретировать и оценивать имеющуюся степень риска. В ситуациях физического риска показатели последнего могут быть достаточно верифицированы по одному или нескольким характеристикам. В ситуациях психологической или психосоциальной угрозы верификация таких показателей затруднена. Например, человек, руководствующийся правилом «Будет ужасно, если я окажусь не на высоте», испытывает трудности в общении из-за неясного определения понятия «быть на высоте», и с этой же неопределенностью связана его оценка эффективности своих взаимодействий с партнером. Свои предположения о неудаче пациент проецирует на восприятие его другими. Все приемы изменения правил, имеющих отношение к оси опасности — безопасности, сводятся к восстановлению у пациента контакта с избегаемой ситуацией. Такой контакт может быть восстановлен при погружении в ситуацию в воображении, на уровне реального действия с четкой вербализацией новых правил регуляции, позволяющих испытывать умеренный уровень эмоций.

Правила, центрированные вокруг оси боли — удовольствия, приводят к гипертрофированному преследованию определенных целей в ущерб другим. Например, человек, следующий правилу «Я никогда не стану счастливым, если не буду знаменитым», обрекает себя на игнорирование других сфер своих отношений в угоду рабскому следованию этому правилу. После выявления таких

позиций врач-психотерапевт помогает пациенту осознать ущербность подобных правил, их саморазрушающий характер, объясняет, что больной был бы счастливее и меньше страдал, если бы руководствовался более реалистическими правилами. Задача психотерапевта — помочь пациенту самому их найти. С ними тесно связаны правила, относящиеся к долженствованию (имеющие характер «тирании необходимости», по Хорни). Понимание общей стратегии помогает избежать ненужных шагов при работе с пациентом. Этап самонаблюдения больного должен носить достаточный, но не избыточный характер и иметь своей целью обнаружение искажений, самозапретов, самопорицаний, установление всего диапазона правил, объясняющих появление соответствующей симптоматики, вызвавшей обращение пациента.

Перемена отношения к правилам саморегуляции, обучение видеть в мыслях гипотезы, а не факты, проверка их истинности, замена их новыми, более гибкими правилами — следующие этапы когнитивной психотерапии. Вначале желательно использовать навыки продуктивного решения проблем пациентом в других сферах, а затем уже генерализовать эти навыки в проблемную сферу. Выделение этапов работы с пациентом допускает применение нескольких приемов, в том числе из других систем психотерапии, если они направлены на достижение той же цели.

Бек Аарон родился в 1921 г. в Провиденсе, штат Родайленд, США, в семье украинских эмигрантов. В школе проявлял незаурядные способности к академическим наукам. Окончил университет Брауна и Йельскую медицинскую школу. Изначально его привлекала неврология, но во время резидентуры он перешел в психиатрию. Исследуя психоаналитическую теорию депрессий и будучи неудовлетворенным теорией Фрейда, начал разработку собственного подхода к депрессиям и их лечению. Вместо поиска бессознательной мотивации объяснял возникновение потока мыслей и снов исходя из концепции самости. При депрессии когниции (мысли и образы) имеют склонность становиться негативными. Индивид видит себя неудачником, мир карающим, а будущее бледным и даже безнадежным. Так зародилась когнитивная модель депрессии, а терапия, сфокусированная на этих когнитивных процессах, зарекомендовала себя как высокоэффективный психотерапевтический метод.

Основные труды: «Депрессия: клинические, экспериментальные и теоретические аспекты» (1967), «Краткосрочная психотерапия» (1974), «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» (1976), «Когнитивная терапия депрессий» (с соавт.) (1981), «Когнитивная терапия и личностные расстройства» (1990).

Рационально-эмоциональная психотерапия. Один из двух основных методов когнитивной психотерапии, разработанных Эллисом в 50-е годы. В этом методе выделяется 3 ведущих психологических аспекта психического функционирования человека: мысли (когниции), чувства и поведение. Эллис подчеркивал необходимость дифференцировать 2 типа когниции. Дескриптивные когниции содержат информацию о реальности, о том, что человек воспринял в мире; их можно было бы назвать чистой информацией о реальности. Оценочные когниции отражают отношение к этой реальности; для их обозначения Эллис использовал термин belief — убеждение, вера (B). Предполагается, что дескриптивные когниции соединены с оценочными когнициями связями разной степени жесткости. Не объективные события сами по себе вызывают позитивные или негативные эмоции, а оценка, наше внутреннее восприятие их. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого. Расстройства в эмоциональной сфере, ряд психопатологических симптомов являются результатом нарушений в когнитивной сфере (таких как сверхгенерализации, ложные выводы и жесткие установки). Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал иррациональными установками (IB). С точки зрения Эллиса, это жесткие связи между дескриптивными и оценочными когнициями типа предписания, требования, обязательного приказа, не имеющего исключений; они носят абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности как по силе, так и по качеству этого предписания. Если иррациональные установки не реализуются, они приводят к длительным, неадекватным ситуации эмоциям, затрудняют деятельность индивида, мешают достижению его целей. У нормально функционирующего человека имеется рациональная система оценочных когниции (RB), которую можно определить как систему гибких связей между дескриптивными и оценочными когнициями. Эта система носит вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития события, поэтому приводит к умеренным эмоциям. Хотя иногда они и могут носить интенсивный характер, однако не захватывают человека надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не препятствуют достижению целей.

Возникновение психологических проблем у пациента связано с функционированием иррациональных установок. Однако рационально-эмоциональная психотерапия сфокусирована не на генезе иррациональных установок, а на том, что поддерживает и укрепляет их в настоящем.

Работа психотерапевта, придерживающегося этого метода, сводится сначала к опознанию иррациональных установок, затем к конфронтации с ними и пересмотру их, закреплению функционирования рациональных (гибких) установок. Человек, пересмотревший иррациональные установки, характеризуется адекватностью эмоционального реагирования в плане частоты, интенсивности и длительности негативных его проявлений.

Данный метод показан прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Предполагается активное участие пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским. Этому помогает совместное обсуждение возможных целей психотерапии, проблем, которые хотел бы разрешить пациент (обычно это симптомы соматического плана или хронического эмоционального дискомфорта).

Начало работы включает информирование пациента о «философии» метода (эмоциональные проблемы вызывают не сами события, а их оценка), о последовательных этапах восприятия события человеком: АО — Ас — В (включающая как RB, так и IB) — С, где АО — объективное событие (описанное группой наблюдателей), Ас — субъективно воспринятое событие (описанное пациентом), В — система оценки пациента, предопределяющая, какие параметры объективного события будут восприняты и будут значимы, С — эмоциональные и поведенческие последствия воспринятого события, в том числе и симптоматика.

Цель этого метода — перевод пациента в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные. Работа строится с учетом схемы А, В, С. Первый этап — кларификация, прояснение параметров события (А), в том числе параметров, наиболее эмоционально затронувших пациента, вызвавших у него неадекватные реакции. Фактически на этом этапе происходит личностная оценка события. Кларификация позволяет пациенту дифференцировать события, которые могут и не могут быть изменены. При этом цель психотерапии — не поощрение больного к уходу от столкновения с событием, не изменение его самого (например, переход на новую работу при наличии неразрешимого конфликта с начальником), а осознание системы оценочных когниций, затрудняющих разрешение этого конфликта, перестройка ее и только после этого — принятие решения об изменении ситуации. В противном случае пациент сохраняет потенциальную уязвимость в сходных ситуациях.

Следующий этап — идентификация следствий (С), прежде всего аффективных воздействий события. Цель этого этапа — выявление всего диапазона эмоциональных реакций на событие. Это необходимо, поскольку не все эмоции легко дифференцируются человеком, некоторые подавляются и поэтому не осознаются из-за включения рационализации, проекции, отрицания и некоторых других механизмов защиты. У одних пациентов осознание и вербализация испытываемых эмоций затруднены из-за словарного дефицита, у других — из-за поведенческого дефицита (отсутствие в его арсенале поведенческих стереотипов, обычно связанных с умеренным проявлением эмоций; такие пациенты реагируют полярными эмоциями, например или сильной любовью, или полным отвержением). Вторичный выигрыш от болезни также может исказить осознание испытываемых эмоций. Для достижения цели этого этапа используется ряд приемов.

Наблюдение за экспрессивно-моторными проявлениями при рассказе пациента о событии и предоставление обратной связи психотерапевтом, говорящим о своем восприятии характера эмоциональной реакции у пациента; высказывание предположений о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации (обычно такое высказывание помогает пациенту осознать неосознаваемые эмоции). В некоторых случаях можно использовать приемы усиления из арсенала гештальт-терапии (усиление отдельных экспрессивно-моторных проявлений с осознанием языка тела и др.). Выявление системы оценочных когниций (как иррациональных, так и рациональных установок) облегчается, если два предшествующих этапа реализованы полноценно; вербализации же их помогает ряд технических приемов: фокусировка на тех мыслях, которые приходили пациенту на ум в момент столкновения с событием; высказывание психотерапевтом гипотетических предположений типа «У меня в такой ситуации возникли бы следующие мысли»; вопросы с проекцией в будущее время, например: «Предположим, что произойдет самое худшее, что же это будет?» и др.

Выявлению иррациональных установок помогает анализ используемых пациентом слов. Обычно с иррациональными установками связаны слова, отражающие крайнюю степень эмоциональной вовлеченности пациента (ужасно, потрясающе, невыносимо и др.), имеющие характер обязательного предписания (необходимо, надо, должен, обязан и др.), а также глобальных оценок лица, объекта или события. Эллис выделил 4 наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы: 1) катастрофические установки, 2) установки обязательного долженствования, 3) установки обязательной реализации своих потребностей, 4) глобальные оценочные установки. Цель этапа реализована, когда в проблемной

области выявлены иррациональные (а их может быть несколько) установки, показан характер связи между ними (параллельные, артикуляционные, иерархической зависимости), делающей понятной многокомпонентную реакцию индивида в проблемной ситуации. Выявление рациональных установок также необходимо, поскольку они составляют ту позитивную часть отношения, которая в последующем может быть расширена.

Следующий этап — реконструкция иррациональных установок. К нему следует приступать, если пациент легко идентифицирует иррациональные установки в проблемной ситуации. Реконструкция установок может протекать на когнитивном уровне, на уровне воображения, а также на уровне поведения — прямого действия. Реконструкция на когнитивном уровне включает доказательство пациентом истинности установки, необходимости сохранения ее в данной ситуации. Обычно в процессе такого рода доказательств пациент еще более отчетливо видит негативные последствия сохранения данной установки. Использование приемов вспомогательного моделирования (как бы другие решали эту проблему, какие установки они имели бы при этом) позволяет сформировать на когнитивном уровне новые рациональные установки. При работе на уровне воображения пациент вновь мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию. При негативном воображении он должен максимально полно испытать прежнюю эмоцию, а затем попытаться уменьшить ее уровень, осознать, за счет каких новых установок ему удалось достигнуть этого. Погружение в психотравмирующую ситуацию повторяется неоднократно. Тренировка может считаться эффективно проведенной, если пациент уменьшил интенсивность испытываемых эмоций с помощью нескольких вариантов установок. При позитивном воображении пациент сразу представляет проблемную ситуацию с позитивно окрашенной эмоцией. Реконструкция с помощью прямого действия является подтверждением успешности модификаций установок, проведенных на когнитивном уровне и в воображении. Иногда можно начинать реконструкцию сразу на уровне поведения, при этом работа с пациентом напоминает систематическую десенсибилизацию (постепенное приближение к реальной ситуации опасности с осознанием включения иррациональной установки, торможение ее реализации в поведении, использование для описания ситуации других рациональных установок).

Важным элементом данного варианта психотерапии являются домашние задания, способствующие закреплению адаптивного поведения.

Нейролингвистическое программирование. Модель человеческих коммуникаций и поведения, которая может быть эффективно использована для организации или описания взаимодействий в психотерапии, педагогике, менеджменте с целью их оптимизации. В психотерапии считается современным направлением постэриксоновской психотерапии (эриксоновский гипноз, позитивная психотерапия), разрабатываемой с начала 70-х годов американцами Гриндером и Бендлером (лингвистом и математиком по базисному образованию) и их последователями.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) базируется на ряде источников: 1) на изучении и анализе практики М. Эриксона, Сатир, Перлса и других представителей американской психотерапии; 2) на современных данных о межполушарной асимметрии — различиях в переработке информации правым и левым полушариями; работах Бейтсона, посвященных одному из вариантов эпистемологии — «экологии разума»; 3) на трансформационной грамматике Хомского, выделяющей глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения; 4) на исследованиях кибернетики 50—60-х годов, стирающих границы между искусственным и естественным интеллектом; на теории логических типов Рассела. Таким образом, НЛП является психотерапевтической концепцией необихевиористской ориентации.

Базисные постулаты НЛП можно сформулировать следующим образом.

1. Человеческий организм, мозг подобны компьютеру, использующему для управления поведением специфические программы — закономерности в описании и воспроизводстве опыта. Помимо генетического программирования, формирование «программ» — стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления опыта проживания различных жизненных ситуаций, взаимодействия с другими людьми, самопрограммирования и преодоления стрессовых ситуаций и переживаний. В формировании программ большое значение имеют трансовые состояния сознания, которые понимаются просто как другие состояния сознания по сравнению с обычными.

2. Усвоение опыта и самопрограммирование осуществляется специальным способом с помощью различных по модальности образов (модальности связаны с различными органами и системами чувств и в соответствии с этим опыт может быть записан и воспроизведен в виде визуальных средств — визуальные образы, аудиальных — образы звуков, кинестетических — различные телесные чувства и ощущения).

3. Большая часть «программы» не осознается, но предъявляется в речи, поскольку отражена в глубинных речевых структурах, а также в невербальных проявлениях — в невербальном языке. Важную информацию «программы» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая целенаправленно сформулированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека.

4. Все поведенческие стереотипы (симптомы) имели в прошлом и, вероятно, имеют и в настоящем адаптивные функции. В этом смысле все человеческие проявления рассматриваются с позиции «утилизации», то есть все они отражают успешность каких-либо действий. Для устранения симптомов возможно «перепрограммирование» (точнее — самоперепрограммирование) человека на новые, более адаптивные, в смысле более желательные для него стереотипы на основе учета особенностей переработки информации и трансовых состояний пациента.

5. НЛП акцентирует внимание на «подстройке» к пациенту и эффективных технологиях взаимодействия с ним (а не на концептуальных основаниях или эмпатических взаимоотношениях с пациентом, что характерно для психодинамического или гуманистического направления). Такая «технологическая» ориентация сочетается с бережным вниманием к самоценности человека и соблюдением принципов внутренней (все изменения не должны вступать в противоречия с другим внутренним опытом) и внешней (все изменения не должны вредить человеку при взаимодействии с другими людьми) экологии.

В НЛП разработаны специфические методы диагностики и коррекции. При диагностике выявляются речевые искажения метамодели, ведущие репрезентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да — нет», «конгруэнтность — инконгруэнтность», «проблема — ресурс» и поверхностных коррелятов глубинных речевых структур.

Диагностика ведущей репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму присоединения к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и калибровки поведенческих стереотипов, в том числе глазодвигательных сигналов.

При калибровке невербальных проявлений особое значение уделяется индивидуальному языку конкретного человека. Психотерапевт, руководствуясь общими правилами наблюдения (учитываются типичные незначительные мимические реакции, ритмы дыхания, речи, пантомимика, цвет кожных покровов) составляет представление о том, как, например, в невербальном языке проявляются воспоминания о проблемной ситуации.

При анализе глазодвигательных сигналов считается важным направление движения глаз во время коммуникации и считается, что у большинства людей (правое направление — будущее, левое — прошлое) направление глаз вверх означает генерирование визуальных образов, среднее положение — аудиальных, а нижнее — кинестетических образов. У каждого человека значение глазодвигательных реакций уточняется специально.

Представленная схема отражает пространственную проекцию репрезентативных систем на поле зрения человека. Так, быстрые нистагмоидные движения глазных яблок влево — вверх указывают на репрезентацию визуальных воспоминаний. Можно предположить, что подобная проекция глазодвигательных сигналов отражает и мозговую архитектонику. Помимо приведенной типичной пространственной структуры, могут встречаться и индивидуальные отличия. В любом случае в работе с пациентом рекомендуется калибровка индивидуальных проекций репрезентативных систем и стратегий переработки информации посредством целенаправленных команд-вопросов с последующим отслеживанием поведенческих и глазодвигательных реакций. Тест-вопрос, адресованный визуальной памяти, может быть сформулирован так: «Какого цвета были...?»; при уточнении аудиальной модальности вопрос формулируется так: «Как звучал ...?»; на выявление проекции внутреннего диалога: «Что вы себе обычно говорите, когда довольны собой?»; при уточнении кинестетических явлений: «Какие ощущения были, когда...?» и т. п.

Калибровка индивидуальных невербальных ответов используется в приеме «разговор с подсознанием» и проводится с помощью тестовых вопросов с фиксацией микромимических, пантомимических и вегетативных реакций. При калибровке ответов «да — нет» сначала задаются вопросы, предполагающие однозначные утвердительные ответы, затем — отрицательные. Пациент может говорить или молчать, в любом случае внимание исследователя направлено на невербальные компоненты, стереотипно повторяющиеся при ответах «да» и «нет». Квалифицированный психотерапевт, владеющий НЛП (НЛП-программист, НЛП-коммуникатор), вставляет тестовые вопросы в обычное интервью и считывает до 3 десятков стандартных телесных ответов «да» и «нет» (расширение зрачков, учащение дыхания, подергивание щеки или стопы и др.). Аналогичным образом калиброваться могут многие семантические структуры,

преимущественно дихотомического характера («мужчина — женщина», «толстый — тонкий»), что позволяет целенаправленно вмешиваться в переживания пациента, ориентируясь на выявленные невербальные сигналы. Привлечение в диагностику невербальных компонентов семантики позволяет с помощью НЛП в некоторых случаях проводить вмешательство, не интересуясь содержанием переживаний.

Коррекционные техники НЛП преимущественно базируются на следующем алгоритме: 1. Присоединение и создание особого взаимодействия между пациентом и психотерапевтом — «раппорта». 2. Выявление («идентификация») проблемного состояния, то есть такого опыта, который повторяется и воспринимается пациентом как проблема. 3. Выявление («идентификация») ресурса — такого опыта самого пациента, который желателен в этой ситуации или этой группе ситуаций. 4. «Интеграция» проблема-ресурс, смысл которого не замена одного опыта другим, а создание дополнительного выбора поведения в проблемной ситуации и возможности пациента при желании поступать, вести и проявлять себя по-иному. В терапии часто используются трансовые техники.

При планировании терапевтических изменений обязательно учитывается «уровень нарушений» — «уровень проблемы». Выделяется несколько уровней от более простого — типичная проблема в типичной ситуации, до наиболее сложного — нарушение «самости». Каждому уровню нарушений соответствует уровень сложности терапевтических техник.

Применяются и описаны простые методики способа интеграции ресурса и проблемы, якорные техники, методики «взмаха»; более сложными являются различные виды рефрейминга, сложные техники, перестраивающие поведенческие паттерны с использованием аудиально-кинестетической и визуально-кинестетической диссоциации, изменения личной истории, изменения критерия значимости, работа с линиями времени и др.

Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман. Этот метод представляет собой краткосрочный вариант психотерапии (10-12 занятий 1-2 раза в неделю), был разработан Клерманом и Вейссман в конце 60-х годов для лечения больных депрессией и с самого начала ориентирован на решение проблем, возникающих именно у этой категории пациентов. Целью авторов было не создание той или иной теоретической концепции лечения, а разработка максимально эффективного практического метода психотерапии депрессивных больных.

Отправной точкой создания и совершенствования интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман явилась констатация того факта, что депрессии чаще всего возникают вследствие неблагоприятных изменений в межличностной сфере и ближайшем окружении пациентов, например при утрате близкого родственника или в результате конфликта с окружающими. Психотерапия направлена главным образом на изменение межличностного контекста депрессивной симптоматики. Авторы признают важную роль личности больного в возникновении депрессии, однако считают улучшение социального статуса пациента и опосредованное влияние на клинику заболевания более перспективным, чем изменение достаточно устойчивых и малоподдающихся трансформации личностных характеристик больного. Особое внимание к межличностному окружению больного депрессией появилось после создания А. Майером в 1957 г. психобиологической концепции психических расстройств, согласно которой межличностное окружение является весьма значимой стороной жизни любого человека, а психическое расстройство рассматривается как патологический способ приспособления индивида к требованиям конкретных окружающих. Эта концепция перекликается с идеей Салливана об исключительном значении межличностных отношений как важнейшей составной части психотерапии. Но прямой связи с учением Салливана интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман не имеет и принципиально отличается от психодинамической психотерапии.

В интерперсональной психотерапии исследуется не прошлое пациента, а его актуальные межличностные контакты, связи и их характер. Прошлое также изучается и учитывается, но лишь постольку, поскольку оно помогает понять актуальные образцы взаимоотношений больного с другими людьми. Психотерапия направлена не на осознание своих ошибок в прошлом, а на их преодоление в настоящем, не на исследование интрапсихических явлений (природа конфликтов, защитные механизмы), а на анализ конкретного межличностного настоящего больного, характер протекания межличностных отношений в период проявления депрессивной симптоматики. Взаимоотношения между психотерапевтом и пациентом не фокусируются на переносе. Психотерапевт выступает не в роли нейтрального наблюдателя, а в роли защитника и адвоката больного. Он активно ведет пациента, руководит им, ободряет и поддерживает его. Отношения «психотерапевт—пациент» учитывают реальную ситуацию и служат решению конкретных проблем. При этом больной не должен слишком зависеть от психотерапевта или заметно уступать ему в интеллектуальном и волевом аспектах. Только в тех случаях, когда поведение пациента по

отношению к психотерапевту начинает отрицательно влиять на ход лечения, об этом следует поговорить с ним.

Психотерапия с помощью данного метода ограничена известным периодом времени и четко структурирована по своему содержанию. На начальной стадии проводится точная диагностика и выясняется природа депрессивной симптоматики в связи с нарушением межличностных отношений пациента. На этом этапе больной получает подробные сведения о симптоматике, клиническом течении и прогнозе депрессий. Психотерапевт разъясняет ему смысл понятий, относящихся к обсуждаемой проблематике, формулирует цели и определяет сроки лечения, частоту курсов и при необходимости применяет сопутствующую медикаментозную терапию. Эта стадия носит ярко выраженный обучающий характер. Основная, вторая, стадия концентрируется на одном или нескольких направлениях, относящихся к 4 наиболее важным проблемам, стоящим перед больным:

1) «реакция утраты» (пациенты с реакциями на потерю близких, родных, любимых людей);

2) «межличностные конфликты» (разногласия между супругами, с любимым человеком, детьми, родителями, членами семьи близкого человека, друзьями, сотрудниками и т. д.);

3) «смена социальной роли» (новая работа, развод, уход из семьи, смена школы, поступление в институт, переезд в новый дом, экономические или другие перемены в семье и другие варианты смены социальной роли);

4) «межличностный дефицит» — проблемная зона одиноких и социально изолированных людей («социальное одиночество»).

Эти проблемные зоны могут существовать и часто существуют одновременно. На этой стадии, за счет длительного изучения психологических особенностей каждой проблемной зоны, разрабатывается структурированный план психотерапевтических мероприятий. В третьей, заключительной фазе лечения обсуждается завершение терапевтических отношений с признанием того, что завершение — это «время огорчения», ценности и убеждения генерализуются на поведенческий опыт пациента, на уровень его взаимодействия с внешним окружением.

Психотерапия направлена на гармонизацию межличностных отношений пациента с окружающими его людьми, для чего психотерапевт пользуется всеми подходящими для этого способами. К ним относятся: построение (вместе с больным) лучшей, скорректированной с учетом требований окружающих модели коммуникативного поведения; разработка новых стратегий решения проблем, возникающих у больного, и выработка умений более успешно преодолевать стрессовые ситуации в межличностном общении; преодоление устаревших схем и стереотипов во взаимоотношениях, не соответствующих изменившимся требованиям окружающих и возможностям пациента; активный отказ от этих устаревших схем в пользу новых и усвоение более адаптивных способов взаимоотношений с окружающими и т. п.

В последнее время отмечаются попытки применения данного метода психотерапии (после соответствующей модификации) при лечении других заболеваний, помимо депрессии. Метод уже используется при расстройствах личности и анорексии. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман применяется также в межличностной программе консультаций пациентов в общемедицинской практике и в оказании консультативной психотерапевтической помощи пациентам, жалующимся на симптомы страха и тревоги либо обращающимся к психотерапевту по поводу обычных жизненных ситуаций и неурядиц. Речь идет об очень непродолжительном вмешательстве (не более 6 получасовых консультаций), которое задумано так, что эти консультации могут проводить врачи общей практики после соответствующей подготовки.

Прагматическая направленность интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман проявляется также в непривычном для психотерапевтов непредвзятом отношении к медикаментозной терапии. При ее проведении стало скорее правилом, чем исключением, применение антидепрессантов наряду и параллельно с психотерапией. Эта комбинированная терапия базируется на результатах исследований, определивших условия, при которых показано и даже необходимо проводить параллельное медикаментозное лечение.

В то же время, несмотря на то, что традиционно приоритет в лечении пограничных заболеваний отдается психотерапевтическим методам и подчеркивается второстепенное значение медикаментозной коррекции психогенных расстройств, проблема адекватной и краткосрочной психотерапии применительно к отдельным категориям психически больных остается актуальной. Соответственно, важным является вопрос внедрения в нашей стране новых методов, хорошо зарекомендовавших себя в мировой психотерапевтической практике.

Ниже в качестве иллюстрации приведена техника работы с больными с пролонгированной депрессивной реакцией вследствие потери близкого человека (реакция утраты, по Маковенко).

После диагностики главная задача психотерапии — помочь пациенту понять и принять то, что произошло, оценить реалистично значимость и важность потери с целью освобождения от зависимости и «преданности» к потерянному человеку.

Только после этого пациент может стать свободным и развивать новые отношения в реальной жизни. С момента начала рассказа о значимой потере начинает действовать принцип «настоящего времени» — все описывается в настоящем времени и от себя лично, что помогает пациенту осуществить воспоминания о потере и проявить эмоции, которые относятся к отношениям пациента с потерянным человеком. Неадекватные реакции печали часто связаны с утратой социальной поддержки как в момент потери, так и в последующие месяцы. Пациент либо просто был «лишен» возможности выразить свои чувства по поводу потери искренне, либо степень его близости с окружением «не позволяла» ему это сделать в момент потери и после неё, что в значительной степени замедлило естественный ход реакции печали. Во время психотерапии пациент еще раз «проживает» то время, но пользуется социальной поддержкой, принятием, пониманием психотерапевта.

Ухудшение состояния на этой стадии связано с отреагированием и осознанием смешанных, неприятных и нередко агрессивных чувств, сама мысль о которых очень часто вызывает протест и даже гнев. Кроме того, осознание сопровождается ослаблением психологической защиты, которая «скрывает» болезненные переживания.

Типична структура переживаний, которые наблюдаются у пациентов:

1) страх перед повторением событий даже в мыслях;

2) стыд за свою беспомощность отложить или предотвратить событие;

3) ярость, гнев, направленные на человека, который является «причиной» события (на потерянного человека);

4) чувство вины или стыда за агрессивные побуждения или пагубные фантазии;

5) чувство вины «за то, что остался жив; умер близкий человек, а ты нет»;

6) чувство отождествления и соединения с жертвой;

7) печаль в отношении потери.

Часто пациенты демонстрируют желание выразить злость или враждебность по отношению к умершему, которые возникают благодаря чувству «брошенности». В этих случаях психотерапевт «подталкивает» больных к выражению своих чувств, поощряя их. С другой стороны, слишком быстрое проявление этих чувств усиливает ощущение вины. Поэтому выражение их возможно при устойчивом психотерапевтическом союзе в срединной фазе лечения, иначе у больного может возникнуть желание не продолжать психотерапию.

В связи с тем, что заполнению «пустого места», оставшегося после потери значимого человека, в концепции интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман придается большое значение, усилия врачей после прохождения вышеописанных этапов сосредоточиваются на поведении человека. Пациенты, у которых круг общения до потери значимого человека был достаточно велик, как правило, активно включаются в социальную жизнь — в работу, начинают посещать старых друзей и заводить новые знакомства. В отношении других психотерапевт должен занимать активную позицию, помогая найти наиболее приемлемые альтернативные пути (свидания, клубы по интересам, курсы, работа), которые «втягивают» человека в среду общения с другими людьми. Тщательно оговаривается время завершения лечения (уже с 5-7-й встречи), подчеркивается достигнутое.

Особенности взаимодействия пациент — психотерапевт при пролонгированных депрессивных реакциях в интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман. Ряд трудностей, которые возникают в ходе работы с пациентами основной группы, объясняются влиянием социальных, культурных, семейных паттернов межличностного взаимодействия, особенностями личности пациента и психотерапевта, их представлениями о характере этих отношений. Часто от успешного преодоления этих трудностей зависит результат лечебного взаимодействия и сам факт продолжения психотерапии.

1. Попытки пациента сделать фигуру психотерапевта более близкой, чем друзья, члены семьи. Подобная ситуация наиболее часто возникает у пациентов с плохой социальной поддержкой семьи, друзей, коллег по работе и др. Прояснение того факта, что жизнь пациента находится за пределами психотерапевтических отношений, зачастую болезненно, но необходимо. Нахождение

способов открытого, близкого и доверительного общения с людьми из ближайшего окружения пациента, преодоление страхов перед таким общением становится одной из задач лечения.

2. Пациент рассматривает лечение как поражение, как признак своей несостоятельности. Влияние менталитета, культурных и социальных стереотипов достаточно сильно — самыми значимыми страхами являются боязнь огласки, мнимый факт ущербности. Без преодоления этих убеждений спектр трудностей психотерапии простирается от идей вины до «соревновательного доказательства своей нормальности», что часто выражается в усугублении попыток нормализовать свое состояние привычными способами — алкоголь, еда, развлечения, избегание ситуаций в форме «отдыха» в другом месте и т. д. Осознание этого, наряду с представлением о том, что поиск лечения — самое мудрое решение в таких обстоятельствах, направленное на взятие проблемы «под контроль», поиск активного решения, а не бегства, как было до сих пор, являются важными вехами в преодолении этих трудностей.

3. Трудности, возникающие во взаимодействии с пациентами, у которых стрессовый фактор носит хронический характер. У части пациентов имеются объективные трудности по преодолению дезадаптирующей, стрессовой ситуации — реальные проблемы со сменой социальной роли (поиск новой работы, получение образования, нерешенность жилищного вопроса, низкий уровень финансовых и социальных возможностей). Это приводит к хронизации стрессовых влияний и к трудностям их преодоления. Необходимость принятия ответственности за решение этих вопросов с последующей переработкой имеющихся трудностей, урегулирование внутренних конфликтов — таковы этапы работы с этими трудностями.

4. Пациент рассматривает текущее состояние как неизлечимое. Уменьшение социальной продуктивности, плохое самочувствие, отсутствие улучшения после первых встреч иногда рассматривается как признак неизлечимости. Подробное объяснение закономерностей состояния, синдромов и симптомов болезни, тревоги, их влияния на социальную продуктивность наряду с предоставлением «роли больного», объяснение психодинамики этих состояний с коррекцией стереотипа «мгновенного, чудесного избавления» способствуют разрешению данных трудностей.

5. Пациент боится оставаться один. В случае усиления симптомов, когда пациент остается один, полезно исследовать вместе с ним «чрезвычайные» меры и длительные стратегии для сокращения социальной изоляции.

6. Пациент боится потерять контроль. У некоторой части пациентов, преимущественно с тревожным компонентом состояния, возникают страхи и опасения потерять контроль над собственным состоянием. Только для этой группы пациентов полезны более частые встречи в начальной фазе лечения, возможность в любое время позвонить психотерапевту. Это позволяет создать необходимый «запас прочности» для успешного продолжения психотерапии.

7. Пациент недостаточно адекватно относится к своим желаниям, избегает положительного опыта. Иногда при проработке целей лечебного взаимодействия выясняется, что пациент испытывает трудности в формировании своих желаний. Они могут казаться ему чем-то нереальным, невозможным, даже осуждаемым и пугающим. Для преодоления этих сомнений, страхов и видимости нереальности «образа достижения» необходимо осознать тот факт, что плохое состояние во многом связано именно с тем, что пациент реально и не претендует и даже опасается чего-то другого, что только собственные запреты останавливают его на пути к осуществлению своих желаний.

8. Пациент пропускает встречи или опаздывает. В этих случаях необходимо изучение причин подобного поведения — от реально обоснованных задержек (транспорт, непредвиденные ситуации) до проявления сопротивления ходу терапии и лечебному взаимодействию. Если такое поведение повторяется даже после разъяснения ответственности за соблюдение контракта, необходимо начать изучение межличностного аспекта этого поведения, того, что пациент хочет им выразить и поощрить его к более прямому выражению своих чувств.

9. «Молчаливый» пациент. Повторяющееся и затягивающееся молчание пациента часто свидетельствует либо об избегании раскрытия противоречивых мыслей и чувств по поводу ситуации, либо он хочет рассказать о чем-то, но обеспокоен возможной реакцией психотерапевта, испытывает страхи, связанные с открытием мыслей и чувств другим людям. Иногда молчание может выступать в качестве терапевтического приема, как обычный вид поведения, замещающий «громкие» жалобы.

10. Пациент меняет тему обсуждения или избегает ее. Часто пациенты самостоятельно определяют глубину работы с проблемной зоной и избегают только определенных тем. Такое поведение может стать темой для обсуждения с осознаванием принимаемой ответственности, с

необходимостью проработки эмоционального «заряда», который часто несут с собой избегаемые темы. Автономия, как и ответственность пациента, признаются полностью.

11. Приглашение значимого для пациента человека на встречи. Хотя модель терапии предполагает индивидуальный характер встреч, иногда приглашение значимого для пациента человека оказывается эффективным, особенно в межличностных конфликтах, таких как супружеские разногласия.

В этом случае преследуются следующие цели:

1) приобретение дополнительной информации;

2) приобретение и возобновление навыков сотрудничества со значимым человеком;

3) облегчение решения межличностных проблем, улучшение взаимодействия.

На этих встречах возможно объяснение природы болезненных проявлений, их динамики и межличностных проявлений.

12. Пациент желает завершить психотерапию преждевременно. Отказ от преодоления любого вида трудностей в психотерапии, испуг перед глубиной проработки проблем, неразделенные ролевые ожидания и многое другое может стать причиной прекращения лечения. Важно, если это возможно, тщательно проработать проблемы, повторявшиеся в жизни пациента, и подчеркнуть, что возобновление терапии через любой промежуток времени — это не унижение и не признание своей слабости. Часто пациенты возобновляют психотерапию после определенного перерыва.

13. У пациента проблемы с выражением чувств. Создание безопасной атмосферы, принятие и поощрение проявления своих истинных чувств, самораскрытие определяется мерой доверия к психотерапевту. Проработка этой темы дает пациенту важный опыт открытого реагирования, помогает освободиться от эмоциональных «зарядов», обиды, злости, ярости, гнева и пр. Естественное, открытое и искреннее поведение психотерапевта приобретает в преодолении этих проблем важное значение.

14. Пациент ищет дополнительное альтернативное лечение. Достаточно редко, но все же возможен поиск дополнительных путей выздоровления. Открытая позиция психотерапевта, предоставление максимума информации по поводу тех или иных способов лечения обычно исключают игровое развитие ситуации.

15. Психотерапевт проявляет сильные чувства по отношению к пациенту. Те случаи, когда возникают подобные чувства, признаются особенно ценными для профессионального и личностного роста психотерапевта и становятся предметом для анализа отношений, которые возникли в ответ на провокацию пациента или в продолжение стиля общения психотерапевта. Постепенно урежающиеся случаи подобных контрпереносов становятся ценнейшим материалом для развития личности самого психотерапевта.

Вышеописанные трудности психотерапии, как и многие другие особенности взаимодействия пациент — психотерапевт, являются зеркальным отражением стиля межличностного общения пациента и особенно ценным материалом для психотерапевтической проработки. Именно они часто являются «краеугольными камнями» проблемных зон, их преодоление вносит значительные изменения в межличностные отношения пациента и, как следствие, обеспечивает положительную динамику состояния.

Авторы интерперсональной психотерапии, при наличии такой возможности, призывают минимизировать работу с интрапсихическим конфликтом.

Как правило, на поведенческом уровне, без погружения в актуальную интрапсихическую проблематику, удается остаться с хорошо адаптированными, социально успешными, высокообразованными пациентами. Это может объясняться наличием у них высокоструктурированной системы адаптивного копинг-поведения, которое по какой-то причине не было использовано. Задачей психотерапевта в этих случаях может стать помощь в предоставлении пациенту полной картины происходящего, поведенческий тренинг новых навыков и умений, которые принимаются без внутреннего сопротивления и способствуют нормализации состояния.

В целом, указанные особенности взаимодействия пациент — психотерапевт наблюдаются в работе со всеми ключевыми зонами, но некоторые проблемы значительно чаще встречаются в отдельных группах больных.

Так, в группе больных с «реакцией утраты» наиболее характерными являются трудности выражения своих чувств, особенно вытесняемых — обиды, гнева, злости, агрессии в адрес умершего, игнорирование своих желаний, избегание нового положительного опыта общения с другими людьми. У пациентов группы с ключевой проблемной зоной «межличностные конфликты»

чаще встречаются попытки сделать фигуру психотерапевта более близкой и значимой, чем члены семьи, друзья. Хронизация стрессового воздействия наблюдается как в этой группе, так и в группе пациентов со сменой социальной роли. Для последней характерна высокая частота избегания положительного опыта, недостаточный учет своих желаний. В группе с ключевой проблемной зоной «социальное одиночество», наряду с игнорированием собственных желаний и возможностей нового положительного опыта общения из-за разнообразных запретов и страхов, особенно часто встречаются трудности с выражением своих чувств, пропуск психотерапевтических встреч, молчание, смена темы обсуждения и желание прекратить психотерапию преждевременно.

Частота и степень выраженности указанных трудностей связаны с динамикой и этапом психотерапии. Максимальная их выраженность и представленность наблюдаются в периоде активного приближения к значимой интрапсихической проблематике и ко времени принятия «новых решений». Трудность и ответственность этого момента подтверждаются симптоматическим ухудшением состояния пациентов. Вопрос о целесобразности работы с актуальным интрапсихическим конфликтом в рамках краткосрочной психодинамической модели интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман в каждом случае требует отдельного решения.

Авторами была разработана также программа тренировки психотерапевтов, позволяющая специалистам с разным уровнем подготовки в сжатые сроки овладеть данным методом и приступить к проведению психотерапии.

Контрольные вопросы

1. Создателем метода классического обусловливания был:
   1) Скиннер;
   2) Вольпе;
   3) Павлов;
   4) Бехтерев.
2. Поведенческая психотерапия в своей теории опирается прежде всего на понятие:
   1) вытеснения;
   2) сопротивления;
   3) научения;
   4) фигуры и фона.
3. Поведенческая психотерапия, направленная на желательное изменение поведения пациента с помощью поощрения или наказания, называется методикой:
   1) оперантного обусловливания;
   2) парадоксальной интенции;
   3) имплозии;
   4) систематической десенсибилизации.
4. Чаще всего в основе иррациональных установок лежат:
   1) установки долженствования;
   2) установки на максимально возможный результат в любой сфере деятельности;
   3) установки на обязательное избегание неприятностей;
   4) установки на обязательный успех во всех сферах деятельности одновременно.
5. Понятие и теория поведенческого направления в психотерапии связаны со следующими именами, кроме:
   1) Павлова;
   2) Вольпе;
   3) Перлса;
   4) Скиннера.
6. Интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман показана прежде всего пациентам с:
   1) соматическими заболеваниями;
   2) шизотипическими расстройствами;
   3) депрессией;
   4) алкоголизмом.

Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии.

Одно из трех основных направлений современной психотерапии, к которым причисляют также динамическое и поведенческое (Парлофф, Карасу). К нему относят прежде всего экзистенциальную психотерапию, дазайнанализ, логотерапию, клиент-центрированную психотерапию, гештальт-терапию.

При рассмотрении природы человека и его болезней представители этого направления подвергают критике классический психоаналитический подход и его отношение к этике человека — его желаниям, выбору и отношению к другим. Через психоаналитическую практику и придание особого значения техническим приемам человек становится обезличенным, изолированным, управляемым, доступным анализу и расчету, а потому униженным. Гуманистическая концепция возвеличивает человека с целью нивелировки его отчуждения, поощряет максимально полное исследование уникальности и универсальности его природы. В этом ее трансцендентальная сущность. Говоря словами Франкла, «человек по своей сути стремится найти цель и осуществить свое предназначение в жизни». Такой подход включает как трансперсональное, так и интраперсональное измерение. Согласно Арендсен-Хейн «интраперсональное относится к уровню Я ... где главным является раскрытие человеческой индивидуальности, эмоционального состояния и их представительства в физическом теле; трансперсонально ориентировано на максимальную реальность ... единство человека, универсальный или космический план, в котором человек переживает переход границ его Я в универсальное сознание». Представители гуманистического направления в психотерапии склонны видеть человека существом прирожденно активным, борющимся, самоутверждающимся, повышающим свои возможности, с почти безграничной способностью к позитивному росту. Поэтому усилия психотерапевта направлены на личностный рост пациента, а не просто на лечение болезни. Терапевтической целью является достижение максимальной осведомленности или более высокого состояния сознания, при котором, согласно Мэю, «быть осведомленным о своем предназначении в мире в то же самое время означает быть предназначенным для этого». Представители этого направления используют такие широкие понятия, как самоопределение, творчество, подлинность и методологию, стремящуюся к максимальной интеграции ума, тела и души человека при отсутствии или нарушении его целостности. Патология понимается как уменьшение возможностей для самовыражения, как результат блокирования, подавления внутренних переживаний или потери соответствия им. Невротическая личность рассматривается как страдающая от подавления и фрагментации, а невроз — как основной, универсальный, приводящий к отчаянию результат отчуждения индивидуума от себя, своего общества (или мира). По Маслоу, патология — это ослабление человека, потеря или пока еще неосуществленность человеческих возможностей. Таким образом, болезнь, включающая все обычные психиатрические понятия, и здоровье располагаются на континууме: кем человек стремится быть — кем он может стать.

При рассмотрении терапевтического процесса (процесса изменений) интеллектуальные знания и инсайт заменяются эмоциями и переживаниями, акцент на «там и тогда» отдаленного прошлого переносится на «здесь и сейчас» непосредственного настоящего. Переживание (как приобретение опыта) является скорее чувственным, чем познавательным или вербальным процессом, происходящим в непосредственном настоящем, являющимся субъективным и незаметным (для окружающих), а также безоговорочно значимым (хотя позднее необязательно остается таковым) и служащим средством для концептуализации. Согласно Гендлину, «терапевтические изменения являются результатом процесса, в котором несомненно значение осведомленности, интенсивного чувствования, точно направленного и измененного, даже без словесного выражения». Терапевтические изменения через переживания обычно происходят с помощью реальных, конгруэнтных межличностных взаимоотношений между пациентом и психотерапевтом. Например, основу клиент-центрированной психотерапии Роджерса составляет позитивная вера в то, что каждый организм имеет врожденную тенденцию к развитию своих оптимальных способностей так длительно, сколько он находится в оптимальной среде. Психотерапевтические встречи действуют через сам факт их новизны. Во время их проведения психотерапевт служит катализатором, с помощью которого пациент реализует свои латентные и лучшие способности для саморазвития.

К. Роджерс

Хотя в понимании природы терапевтических взаимоотношений могут быть различия, реальный «здесь и сейчас» терапевтический диалог или взаимные встречи психотерапевта и пациента являются обязательным условием для многих школ этого направления. Важнейшее значение приобретают пробуждающие чувства человеческие взаимоотношения, при которых каждый человек пытается искренне общаться с другими как вербально, так и невербально.

Терапевтический союз не является отношениями врача и пациента (как в динамической психотерапии) или учителя и студента (как в поведенческой психотерапии), а представляет отношения одного человеческого существа к другому. Роджерс писал: «Я вступаю во взаимоотношения не как ученый, не как врач, который может точно определить диагноз и лечение, но как личность, вступающая в личные взаимоотношения». Представители этого направления, в особенности экзистенциально-ориентированные, касаясь вопроса о методах и технических приемах психотерапии, считают, что для этого ее вида важнее не то, что психотерапевт делает, а скорее смысл (контекст) психотерапии, а также не то, что психотерапевт говорит, а то, что он из себя представляет (кем он является). В связи с этим их нередко критикуют за недостаточную определенность самих методов психотерапии. Цель всех технических приемов может быть сформулирована как стремление к проникновению в феноменологический мир пациента. В отличие от психотерапевта динамического направления, психотерапевт не касается здесь прошлого пациента, диагноза, не стремится к инсайту, интерпретации, не рассматривает чередование переноса и контрпереноса, не указывает целей, не является директивным или конфронтирующим, навязывающим свое мнение пациенту в форме наставлений или решающих проблему предпочтений. Психотерапевты школы Роджерса и классического экзистенциализма имеют, по сути, вербальные взаимоотношения с пациентом. Другие школы в гуманистическом направлении в психотерапии часто невербальны в своем подходе. Они (например, гештальт-терапия) видят сверхинтеллектуализацию как часть проблемы пациента, то есть проявление защиты против переживаний и чувств, и не принимают ее в качестве терапевтического приема. Психотерапевты пытаются сосредоточить активность на рефлексии, предпочитают действие слову или, как минимум, комбинируют действие с интроспекцией. Их цель заключается в развитии осведомленности пациента о телесных ощущениях, позах, напряжении и движениях с акцентом на соматических процессах. Основной упор делается на усилении, побуждении пациента. Приемами, выражающими самопереживания в таких школах, является сочетание прямой конфронтации с драматизацией, то есть разыгрывание ролей, переживание фантазий в терапевтической обстановке.

В основе **экзистенциальной психотерапии** лежит феноменологическая и экзистенциальная философия и психология (Гуссерль, Хайдеггер, Ясперс, Сартр), центральное понятие учения — экзистенция (от позднелатинского existentia — существование) как нерасчлененная целостность объекта и субъекта; основные проявления человеческой экзистенции — забота, страх, решимость, совесть, вина, любовь. Все проявления определяются через смерть — человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Экзистенциальная психотерапия представляет собой собирательное понятие для обозначения психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, её уникальность, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. В Европе представителями экзистенциального анализа являются Бинсвангер, Босс, Франкл, в США выделилось экзистенциально-гуманистическое направление, известными представителями которого являются Мэй, Бьюдженталь, Ялом.

Экзистенциальная психология и психотерапия, наиболее непосредственно отождествляемая с экзистенциализмом, описана в работах швейцарских психиатров Бинсвангера, Босса. Они признавали психоанализ как ценный психотерапевтический инструмент и основные их возражения были направлены не против техники психоанализа, а выражали глубокие сомнения в адекватности психоаналитической теории человека. Ими разработан психотерапевтический метод — экзистенциальный анализ, или **дазайнанализ** (Daseinsanalyse). Он основан на концепциях Хайдеггера и Гуссерля и в первую очередь на осуществленном этими философами анализе феномена существования человека в мире. В качестве важнейших черт личности рассматриваются: способность к самосознанию, к принятию решений, к ответственности за последствия этих решений; понимание возможности своего несуществования (смерти). Особенно важным положением как указанных философских учений, так и основывающихся на них психотерапевтических направлений, является постулат о личностной необходимости развития. Саморазвитие личности является не только возможностью, но и необходимостью для каждого отдельного человека. Иными словами, каждый человек постоянно стоит перед необходимостью познания и реализации всех своих новых способностей. Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обусловливает различного рода личностные, в том числе и психические, нарушения. «Отказ от саморазвития», «отказ от своих возможностей» в рамках дазайнанализа — основной диагноз при самых различных нарушениях.

Цель дазайнанализа — содействовать индивиду в познании своих возможностей, выявлении их, что необходимо для решения задач, с которыми он столкнулся. Психотерапевтами данного направления отвергается любое понимание сущности психического здоровья личности, исходящее из необходимости соответствовать требованиям, условиям определенного общества. Саморазвитие и психотерапевтическая помощь в его осуществлении необходимы даже тогда, когда это ведет к обострению противоречий между индивидом и социальным окружением. Выздоровление понимается лишь как восстановление способности к саморазвитию.

Следующий важный постулат дазайнанализа — это положение об индивидуальной неповторимости личности. Оно доведено здесь до отрицания любых диагностических схем и классификаций, а также любых психологических теорий личности и ее психологических нарушений. По убеждению психотерапевтов этого направления, для каждого человека необходимо разрабатывать отдельную, только его случаю соответствующую теорию. Психотерапевтическая практика — это прежде всего ряд весьма тщательно разработанных индивидуальных случаев. Отказ от научной категоризации тесно связан при этом с образно-художественным и философско-метафорическим описанием психической эволюции пациента, приведшей его к отказу от саморазвития и, как следствие, психическому заболеванию.

Экзистенциальный аналитик, подобно психиатру или психоаналитику, изучает поведение, речь, письменную продукцию, сновидения, свободные ассоциации пациента и реконструирует его биографию. Однако полученную информацию он анализирует на основе экзистенциального анализа. Последний, согласно представителям этого направления, достигает психотерапевтического эффекта благодаря тому, что он ведет пациента к пониманию структуры человеческого существования и помогает ему найти свой путь из мира невротического или психотического, «потерянного», «ошибочного», «искаженного» способа существования в мир «свободной экзистенции», который позволяет субъекту реализовать собственные возможности для существования.

Холл, Линдсей приводят одно из самых коротких экзистенциальных описаний случаев, сделанных Бинсвангером, «помешательство как жизненно-исторический феномен и как психическое заболевание: случай Илзе». Илзе, замужняя женщина, которой за тридцать, стала в санатории пациенткой Бинсвангера в связи с различными типами бреда. Ее бредовое поведение появилось несколько месяцев спустя после совершения очень драматического и болезненного акта. Она опустила правую руку в горячие печные угли, затем протянула страшно обожженную руку отцу и сказала: «Посмотри, это чтобы показать тебе, как я тебя люблю». По внешней видимости Илзе обожгла себя в отчаянной попытке изменить грубость и тиранию отца в обращении с матерью. Поведение отца на несколько месяцев изменилось, но затем все вернулось

в обычное русло. Илзе отреагировала на это, впав в безумие, от которого лечилась впоследствии. Жизненная история Илзе содержала лишь одну ключевую тему — тему отца, вокруг которой вращалось её существование. Гнет этой темы стал в конце концов невыносим, и она попыталась освободиться от него, пойдя на крайний поступок. Это, однако, не сработало, вследствие чего существование Илзе стало еще больше испытывать доминирование отцовского «комплекса».

Относительно специфической природы жертвы — сжигание руки — Бинсвангер отмечает, что она для Илзе означает различные вещи. На поверхностном уровне это сделано на благо матери. Но это был также акт очищения (огонь очищает) и искупления за ее «горячую» любовь к отцу. Она пытается выжечь из себя грозящий сжечь её внутренний огонь. Огонь сражается с огнем. Но это также означает попытку растопить «лед» отцовского сердца в огне своей любви к нему. Жертва была напрасной. Она не только не изменила отца, но и не очистила Илзе. Жертва, чтобы быть успешной, должна завершиться союзом между приносящим жертву и тем, во имя кого она совершается. Илзе хотела очистить себя и Отца, чтобы между ними мог возникнуть новый союз, «... вследствие неудачи союза, единство с отцом на уровне чистого Мы, самоочищение стало бессмысленным» (Бинсвангер, цит. по Холлу и Линдснею). Следствием этой неудачи явилось то, что Илзе «размножила» тему отца на всех мужчин; отсюда ее бред любви и преследования. Мужчины привлекают и отталкивают ее, чему сопутствует чувство вины и ненависть, являющиеся следствием такого конфликта. Бинсвангер указывает на то, что не следует, как это делают психоаналитики, видеть в этой истории лишь историю либидо, его фиксации на отце, вынужденный отрыв от отца и его конечный перенос на окружающий мир.

В экзистенциальной психотерапии особо выделяется созданный Франклом вариант экзистенциального анализа, который представляет собой сложную систему философских, психологических и медицинских воззрений на природу и сущность человека, механизмы развития личности в норме и патологии, пути коррекции аномалий в развитии личности. Франкл определяет этот метод также как экзистенциально-аналитическая логотерапия (от древнегр. logos — смысл).

Логотерапия, как ее называют некоторые авторы, Третья венская школа психотерапии, занимается смыслом человеческого существования и поисками этого смысла. Первые две школы — это психоанализ Фрейда и индивидуальная психология Адлера. Фрейд сосредоточился на бессознательном, и прежде всего, на сексуальном инстинкте, Адлер выделил в качестве наиболее значимых факторов волю к власти, стремление к статусу или «социальному интересу». Согласно логотерапии, стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни — врожденная мотивационная тенденция, присущая всем людям и являющаяся основным двигателем поведения и развития личности. Поэтому Франкл говорил о «стремлении к смыслу» в противовес принципу удовольствия (иначе — «стремление к удовольствию»), на котором сконцентрирован психоанализ. Человеку требуется не состояние равновесия, гомеостаз, а скорее борьба за какую-то цель, достойную его.

Человеческое стремление к реализации смысла жизни может быть фрустрировано; «экзистенциальная фрустрация», хотя сама но себе не патогенна, может привести к неврозу, коренящемуся не в психической, а духовной сфере существования человека. Эти ноогенные неврозы возникают не в связи с конфликтами между влечением и сознанием, а из-за конфликтов между различными ценностями, на основе нравственных конфликтов. Фрустрированная потребность в смысле жизни может компенсироваться стремлением к власти, к удовольствию (часто в виде сильного сексуального влечения), психогенными неврозами. Поэтому логотерапия показана в случае не только ноогенных, но и психогенных неврозов.

Логотерапия не является лечением, конкурирующим с остальными методами, но она вполне может соперничать с ними благодаря дополнительному фактору, который она включает. Как одно из направлений современной психотерапии логотерапия занимает в ней особое место, противостоя, с одной стороны, психоанализу, а с другой — поведенческой психотерапии. Она отлична от всех остальных систем психотерапии не на уровне неврозов, а при выходе за его пределы, в пространстве специфических человеческих проявлений. Конкретно речь идет о двух фундаментальных антропологических характеристиках человеческого существования: о его самотрансценденции и способности к самоотстранению. На этих двух онтологических характеристиках человека основывается механизм действия методов парадоксальной интенции Франкла, которая применяется при лечении фобий и обсессий и дерефлексии, используемой при лечении сексуальных неврозов.

Метод парадоксальной интенции, по мнению Франкла, действует на более глубоком уровне, чем это может показаться на первый взгляд. Активизация юмора этим методом у пациента основывается на восстановлении базовой веры в бытие. Достигается нечто, существенно большее, чем изменение поведенческого паттерна, а именно экзистенциальная реориентация.

Именно в этом отношении парадоксальная интенция представляет собой истинно — «лого» — терапевтическую процедуру в подлинном смысле этого слова. Ее использование основывается на том, что в логотерапевтических терминах определяется как психоноэтический антагонизм, понимаемый как специфически человеческая способность дистанцироваться не только от мира, но также и от самого себя. Парадоксальная интенция мобилизует эту основную человеческую способность для терапевтических целей преодоления невроза.

Примеры Франкла по применению метода парадоксальной интенции. Первый пример: студентка-медик применила этот метод успешно по отношению к самой себе. Во время занятий в Институте анатомии она испытывала страх тремора в присутствии инструктора. Она стала говорить себе, когда тот входил в помещение: «О, вот инструктор. Сейчас я покажу ему, какая я великолепная «дрожательница». «Я действительно покажу ему, как здорово я могу дрожать». Но всякий раз, когда она намеренно пыталась дрожать, у нее ничего из этого не выходило. Второй пример: пациентка в течение 11 лет страдала и лечилась разными методами по поводу приступов сердцебиений, сопровождавшихся тревогой и страхом смерти. Всякий раз, когда появлялся страх, вслед за ним начиналось сердцебиение. По совету психотерапевта она начала говорить самой себе в такие моменты: «Мое сердце будет биться еще сильнее. Я как раз хотела бы умереть прямо здесь на тротуаре». Кроме того, пациентке посоветовали намеренно искать такие места, которые она переживала как неприятные, вместо того чтобы избегать их. Две недели спустя пациентка сообщила: «У меня все хорошо, и я не испытываю никаких сердцебиений. Страх исчез совершенно».

Существует специфическая и неспецифическая сферы применения логотерапии. Психотерапия разного рода заболеваний — это неспецифическая сфера. Специфической же сферой являются ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В этих случаях используется методика сократовского диалога, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. Важную роль играет при этом личность самого психотерапевта, хотя навязывание им своих смыслов недопустимо.

Никто, и логотерапевт в том числе, не «преподносит» тот единственный смысл, который человек может найти в своей жизни, в своей ситуации. Однако логотерапия ставит целью расширение возможностей пациента видеть весь спектр потенциальных смыслов, которые может содержать в себе любая ситуация. Не человек ставит вопрос о смысле своей жизни — жизнь ставит этот вопрос перед ним; другими словами, человек не изобретает его, а находит в объективной действительности. Правильно ставить вопрос не о смысле жизни вообще, а о конкретном смысле жизни данной личности в данный момент.

Вопрос о том, как человек находит смысл своей жизни, является ключевым для практики логотерапии. Сам процесс нахождения смысла сводится к общепсихологическим закономерностям человеческого познания (в частности, выделения фигуры из фона). Однако смысловая реальность не сводится к измерениям биологического и психологического существования человека и не может изучаться их традиционными методами.

Положение об уникальности смысла не мешает Франклу дать содержательную характеристику возможных позитивных смыслов. Ценности — смысловые универсалии, являющиеся результатом обобщения типичных ситуаций в истории общества. Выделяются 3 группы ценностей: ценности творчества, ценности переживания и ценности отношения. Приоритет принадлежит ценностям творчества, основным путем реализации которых является труд. Из числа ценностей переживания Франкл подробно останавливается на любви, обладающей богатым смысловым потенциалом.

Основной пафос и новизна логотерапии связаны с ценностями отношения. При любых обстоятельствах человек способен занять осмысленную позицию по отношению к этим обстоятельствам и придать своему страданию глубокий жизненный смысл. Таким образом, жизнь человека никогда не может оказаться бессмысленной. Практические достижения логотерапии связаны как раз с ценностями отношения, с нахождением людьми смысла своего существования в ситуациях, представляющихся безвыходными. Однако обращение к ним оправданно, когда все остальные возможности повлиять на собственную судьбу исчерпаны.

С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь. Проблема ответственности — узловая проблема логотерапии: найдя смысл, человек несет ответственность за осуществление этого уникального смысла; от индивида требуется принятие решения, желает ли он или нет осуществлять смысл в данной ситуации.

Необходимость и свобода локализованы не на одном уровне. Свобода возвышается над любой необходимостью. Человек свободен по отношению к своим влечениям, к наследственности и

факторам внешней среды. Он, в определенных пределах, самодетерминирующееся существо. Он свободен реализовать смысл жизни.

Известными представителями экзистенциально-гуманистической психотерапии являются американские психотерапевты Мэй и Бьюдженталь. В 1950 г. выходит одна из первых книг Мэя «Смысл тревоги», где он проводит дифференциацию тревоги как клинического симптома и экзистенциальной тревоги как важнейшей конструктивной силы в человеческой жизни, как «переживания встречи бытия с небытием», «переживание парадокса свободы и конечности человеческого существования». В своей книге «Искусство психологического консультирования» (Мэй) описывает основные характеристики личности в экзистенциальном понимании и с этих позиций — задачи психотерапевта. Свобода — первая составляющая понятия личности и первый принцип психологического консультирования. Задача консультанта — подвести клиента к принятию ответственности за свои поступки и за конечный итог своей жизни. Надо объяснить ему сложный механизм принятия решений с учетом прошлого жизненного опыта и влияния подсознания, что позволяет пациенту осознать и научиться использовать предоставляемые ему свободой возможности. Второй составляющей личности является индивидуальность. Прежде чем быть «самим собой», клиент должен отыскать свое настоящее Я, а консультант должен помочь ему соединить сознательное Я с различными уровнями подсознания и обрести свое истинное Я, найти в себе мужество стать этим Я. Социальная интегрированность является третьей составляющей устойчивой личности. Невозможно понять личность вне её социального окружения. Для личности огромное значение имеет умение приспосабливаться к обществу, ибо человек вынужден жить в мире, состоящем из других индивидуумов. Задача психотерапевта — помочь клиенту с готовностью принять на себя социальную ответственность, вдохнуть в него мужество, которое поможет ему освободиться от неотступного чувства неполноценности, и направить его стремления в социально полезное русло. Духовная напряженность является четвертой составляющей личности. Задача консультанта — помочь клиенту освободиться от патологического чувства вины и в то же время научить его достойно принять и сделать устойчивым то духовное напряжение, которое присуще природе человека.

Другой известный психотерапевт экзистенциально-гуманистической ориентации Бьюдженталь подчеркивает важность «шестого чувства» или внутреннего осознания, утраченного во многом человеком в процессе социализации, чувства своего внутреннего бытия, которое позволяет постоянно осознавать, насколько внешний опыт соответствует уникальной внутренней природе индивидуума. Важно помочь пациенту открыть для себя свое внутреннее осознание; обратить его внимание на его собственные желания, страхи, надежды, намерения, фантазии. Функционально внутреннее осознание похоже на процесс слушания, отсюда понятие «слушающий глаз», объединяющее внутреннее зрение и внутренний слух. Внутреннее осознание — это переживание своего Я. Наиболее важными последствиями настройки на внутреннее чувство являются следующие: большая интеграция различиях аспектов своего бытия, возрастание ощущения жизни, большая готовность к действию, более осознанный выбор и большая искренность в отношениях с людьми.

Бьюдженталь так описывает основные аспекты психотерапии экзистенциально-гуманистической ориентации: 1) установление психотерапевтических отношений, развитие терапевтического альянса, эволюция переноса; 2) прояснение выявляющихся основных паттернов сопротивления, необходимые конфронтации и процесс проработки; 3) столкновение с некоторыми проблемами управления, вопросы планирования последовательностей, трудности принятия решений; 4) субъективное участие терапевта в лечебном процессе, проблемы контрпереноса, вовлечения и непривязанности; 5) основные экзистенциальные смыслы, которые психотерапевт находит в своей работе. Психотерапия такого рода — это пробуждение или вызывание жизни, спрятанной внутри патента, внутренней чувствительности, которую научили его подавлять, возможностей бытия, которые слишком редко осуществлялись.

Гуманистическая психология легла в основу таких широко распространенных в лечебной практике психотерапевтических методов гуманистической направленности, как клиент-центрированная психотерапия Роджерса и гештальт-терапия Перлса. Одним из основателей гуманистической психологии общепризнано является Маслоу. Он считает, что теория личности должна касаться не только глубин, но и высот, которых каждый индивидуум способен достичь. Сильное влияние на Маслоу оказал Вертхаймер, один из основателей гештальт-психологии, а также Гольдштейн, подчеркивающий, что организм — это единое целое, и то, что происходит в его любой части, затрагивает весь организм. Он признавал также значительное влияние на него психоаналитической теории. Развитие концепции самоактуализации Маслоу было вдохновлено Гольдштейном, который первым использовал этот термин.

Маслоу начал исследовать самоактуализацию, изучая жизнь, ценности и отношения людей, которые казались ему наиболее душевно здоровыми и творческими, тех, кто казался в высшей степени самоактуализированным, то есть достиг более оптимального эффективного и здорового уровня функционирования, чем средние люди. Он полагал, что изучая лучших из людей, можно исследовать границы человеческих возможностей.

Маслоу называл следующие характеристики самоактуализирующихся людей: 1) более аффективное восприятие реальности и более комфортабельные отношения с ней; 2) принятие себя, других, природы; 3) спонтанность, простота, естественность; 4) центрированность на задаче в отличие от центрированности на себе; 5) некоторая отъединенность и потребность в уединении; 6) автономия, независимость от культуры и среды; 7) постоянная свежесть оценки; 8) мистичность и опыт высших состояний; 9) чувства сопричастности, единения с другими; 10) более глубокие межличностные отношения; 11) демократическая структура характера; 12) различение средств и целей, добра и зла; 13) философское, невраждебное чувство юмора; 14) самоактуализирующееся творчество; 15) сопротивление аккультурации, трансцендирование любой частной культуры.

В книге «Дальние достижения человеческой природы» (1997) Маслоу описывает восемь типов поведения, ведущих к самоактуализации: 1) моменты повышенного сознания и интенсивного интереса; 2) в каждом жизненном выборе решать в пользу роста, то есть открывать себя к новому, неожиданному опыту; 3) научение сонастраиваться со своей собственной внутренней природой, то есть решать для себя, нравится ли тебе самому что-либо, независимо от мнений других; 4) честность и принятие ответственности за свои действия; 5) научение верить своим суждениям и инстинктам и действовать в соответствии с ними; 6) постоянный процесс развития своих способностей, потенциальностей; 7) «пик-переживания», в которых мы более целостны и интегрированы; 8) обнаружение своих «защит» и работа отказа от них. Неврозы и психологическую неприспособленность он определяет как «болезни лишения», то есть считает, что они вызываются лишением удовлетворения определенных фундаментальных потребностей и перечисляет в иерархии следующие основные потребности: 1) физиологические потребности (пища, вода и т. п.); 2) потребность в безопасности (стабильность, порядок); 3) потребность в любви и принадлежности (семья, дружба); 4) потребность в уважении (самоуважение, признание); 5) потребность в самоактуализации. Психологический рост рассматривается как последовательное удовлетворение все более «высоких» потребностей. Ранняя фрустрация потребности может зафиксировать индивидуума на определенном уровне функционирования. Наиболее значительные достижения Маслоу как психолога состоят в подчеркивании позитивных измерений человеческого опыта; он был духовным учителем многих гуманистических психологов и психотерапевтов.

Клиент-центрированная психотерапия как вариант гуманистической психотерапии разработана Роджерсом. Использование автором понятия «клиент», наряду с «пациент», подчеркивает признание потенциала самостоятельности, активности больного на всех этапах психотерапии, начиная с постановки задачи. Суть метода заключается в том, что психотерапевт входит в такой контакт с пациентом, который воспринимается им не как лечение и изучение его с целью диагностики, а как глубоко личный контакт. Согласно Роджерсу, индивид взаимодействует с реальностью, руководствуясь врожденной тенденцией организма к развитию своих возможностей, обеспечивающих его усложнение и сохранение. Осуществляется организмический оценочный процесс: организм испытывает удовлетворение при тех стимулах или поведенческих актах, которые усложняют и сохраняют организм и Я как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем; поведение направлено в сторону приближения к положительно оцениваемым опытным данным и избеганию данных, получивших отрицательную оценку.

По мере осознания Я у индивида развивается потребность в положительной оценке значимым окружением. В дальнейшем удовлетворение или фрустрация положительной оценки начинает переживаться независимо от взаимодействия с социумом и обозначается как самооценка. Так как Я-переживания индивида воспринимаются значимыми людьми как менее или более заслуживающие положительной оценки (то есть Я-переживания приобретают условия оценки), то и самооценка становится селективной. Из-за этой избирательности опыт воспринимается тоже селективно, на основе условий оценки, он может быть искажен и неосознаваем. Вследствие этого индивид утрачивает интеграцию, его концепция Я включает искаженные восприятия, неправильно репрезентирующие опыт; поведение регулируется то со стороны Я, то теми аспектами опыта, которые не включены в Я, что сопровождается напряженным и неадекватным функционированием. Это главное отчуждение в человеке. Изменяется природное, организмическое оценивание, которое перестает быть регулятором поведения. Ради сохранения положительной оценки индивид начинает фальсифицировать свои переживания и воспринимать их по критерию ценности для окружающих. Как следствие такой неконгруэнтности (несоответствия)

между Я и опытом возникает неконгруэнтность в поведении и процесс защиты. Однако если степень неконгруэнтности велика, то защита не срабатывает, и тогда имеет место дезорганизация функционирования индивида.

Теория психотерапии состоит из множества «если... то». Если существуют определенные условия, то будет происходить процесс, включающий определенные характерные элементы. Если данный процесс происходит, то последуют определенные изменения личности и поведения.

1. Условия психотерапевтического процесса:

1) два индивида состоят в контакте;

2) пациент находится в состоянии неконгруэнтности, являясь ранимым или тревожным;

3) психотерапевт является конгруэнтным в отношениях;

4) психотерапевт переживает безусловную положительную оценку по отношению к пациенту;

5) психотерапевт переживает эмпатическое понимание внутренней системы координат пациента;

6) пациент переживает, хотя бы в минимальной степени, условия 4-е и 5-е, то есть безусловную положительную оценку и эмпатическое понимание его психотерапевтом.

Коммуникации психотерапевта могут иметь как вербальную, так и невербальную природу, важно лишь, чтобы, как это указано в условии 6, коммуникация была воспринята, была эффективной. Технические средства являются дополнением позиции психотерапевта и сами по себе не обеспечивают психотерапевтического продвижения. Наиболее используемыми приемами являются:

— вербализация — высказывание другими словами того, что сообщил пациент, избегая истолкования, привнесения своего материала. Это перефразирование, имеющее целью выделить наиболее существенное и обратить внимание больного на «острые углы», а также показать, что его не только слушают, но и слышат;

— умелое использование молчания, молчаливое принятие;

— отражение эмоций — повторяются те слова пациента, в которых непосредственно выражаются эмоции.

Роджерс подчеркивал, что вопрос должен стоять не о том, как вести себя психоаналитику, а о том, каким ему быть. Он является яростным противником нозологии, любых классификаций, так как они представляют собой результат интеллектуальных усилий психотерапевта, при наличии которых непосредственно воспринимаемая ситуация пациента искажается опытом врача. В клиент-центрированной психотерапии считаются приемлемыми одни и те же условия, независимо от частных характеристик самого пациента. Со ссылкой на опыт автор метода указывает, что нет ни необходимости, ни пользы в том, чтобы строить определенные отношения в зависимости от типа пациента.

Доминанта этой части концепции — пункт 3, конгруэнтность, или подлинность, психотерапевта в отношениях, то есть психотерапевту следует правильно символизировать собственный опыт. Общая тенденция направлена на выражение или сообщение пациенту своих устойчивых чувств.

Однако не следует ожидать от психотерапевта, чтобы он был вполне конгруэнтной личностью в каждый конкретный момент. Вышеприведенные условия — это условия идеальные, то есть должны соблюдаться до определенной степени. Но чем более они выражены, тем с большей вероятностью будет идти процесс психотерапии и тем значительнее степень происходящей при этом реорганизации личности.

2. Процесс психотерапии. Когда созданы указанные выше условия, осуществляется психотерапевтический процесс, для которого характерно следующее:

1) пациент все более свободен в выражении своих чувств, которое осуществляется по вербальным и моторным каналам;

2) его выраженные чувства имеют все большее отношение к Я и все реже остаются безликими;

3) все чаще он дифференцирует и распознает объекты своих чувств и восприятия, включающие среду, окружающих лиц, собственное Я, переживания и взаимоотношения между ними;

4) его выраженные чувства все больше относятся к несоответствию между каким-то из его переживаний и его концепцией Я;

5) пациент начинает осознавать угрозу такого несоответствия;

6) он осознает переживание чувств, в отношении которых в прошлом отмечались отказы или искажения;

7) концепция Я реорганизуется таким образом, чтобы ассимилировать и включить эти, ранее искажаемые и подавляемые, переживания;

8) по мере реорганизации концепция Я включает такие переживания, которые ранее были слишком угрожающими, чтобы осознаваться, иными словами, ослабляются механизмы защиты;

9) пациент развивает способность переживать безусловное положительное отношение со стороны психотерапевта без какого бы то ни было чувства угрозы;

10) он все отчетливее чувствует безусловную положительную самооценку;

11) источником представления о себе все в большей степени являются собственные ощущения;

12) пациент реже реагирует на опыт, исходя из оценок, даваемых значимым окружением; чаще как удовлетворительные расцениваются те стимулы или поведенческие акты, которые сохраняют и усложняют организм и Я как в непосредственном настоящем, так и в отдаленном будущем.

Такая последовательность наблюдается на практике, и, когда возникает вопрос «почему?», Роджерс подчеркивал, что при любых теоретических объяснениях возможна ошибка, но это не влияет на зависимость «если... то».

3. Исход психотерапии относительно личности и поведения.

Между процессом и исходом не существует четкой границы. Традиционно исход понимается как относительно постоянные изменения. К их числу относятся следующие:

1) пациент становится более конгруэнтен, более открыт для опыта, менее защищен;

2) вследствие этого он более реалистичен, объективен, экстенционален в восприятии;

3) он эффективнее решает свои проблемы;

4) психологическая приспособляемость улучшается, приближаясь к оптимальной;

5) уменьшается ранимость;

6) восприятие своего идеального Я более реалистично и доступно;

7) вследствие увеличения конгруэнтности уменьшается напряжение всех типов — физиологическое, психологическое, а также особый тип психологического напряжения, определяемый как тревожность;

8) повышается степень положительной самооценки;

9) пациент воспринимает место оценки и место выбора локализованными внутри самого себя, доверяет себе;

10) он более реалистичен, правильнее воспринимает окружающих;

11) он сильнее переживает принятие в отношении других людей вследствие меньшего искажения их в своем восприятии;

12) происходят различные изменения в поведении, поскольку увеличивается доля опыта, ассимилированного в Я-структуру, и, следовательно, увеличивается доля поведения, которое может быть «присвоено» как принадлежащее Я;

13) окружающие воспринимают поведение пациента как более социализированное, более зрелое;

14) поведение пациента более креативно и адаптивно по отношению к каждой новой ситуации и к каждой вновь возникающей проблеме и, кроме того, представляет более полное проявление экспрессии его собственных намерений и оценок.

Развивая теорию клиент-центрированной психотерапии, автор неоднократно модифицировал свое понимание роли психотерапевта. Если в первый период недирективной психотерапии акцентировалось внимание на создании климата невмешательства, то во второй — задачей психотерапевта является отражение эмоций пациента (роль «зеркала») и избегание угрозы в отношениях с ним. Третий период связан с осмыслением процессов и опыта психотерапевтических групп. Подчеркивается роль выражения чувств самим психотерапевтом, более полного их выражения, что способствует более быстрому психотерапевтическому эффекту. Развитие клиент-центрированной психотерапии шло в направлении увеличения личностной включенности психотерапевта.

Роджерс Карл Рэнсом родился в 1902 г. в Оук-парке, штат Иллинойс. Учился в университете Висконсина, затем в Теологической семинарии в Нью-Йорке и далее изучал психологию в Колумбийском университете; степень доктора ему была присвоена в 1931 г. Свою практическую деятельность Роджерс начал в Институте детского воспитания в Нью-Йорке в 1927 г. Через год

поступил на кафедру изучения детей Общества по предотвращению жестокого обращения с детьми в Рочестере, штат Нью-Йорк, где у него сформировалась собственная система психотерапии. С 1940 г. — профессор психологии в университете штата Огайо, где приобрел большую популярность среди студентов. С 1945 г. был исполнительным секретарем в консультационном центре Чикагского университета. Затем возвратился в свою alma mater — университет Висконсина. В 50-х годах он стал известен и популярен и за пределами психотерапии. Занимал пост президента Национального исследовательского совета Американской психиатрической ассоциации и президента Американской психотерапевтической академии. С 1966 г. работал в Центре по исследованию человека, в создании которого принимал участие.

Основные труды: «Клинический уход за проблемным ребенком» (1939), «Консультирование и психотерапия» (1942), «Клиент-центрированная психотерапия» (1951), «Становление человека» (1961).

Последние 10 лет жизни Роджерс распространил свои идеи на политические ситуации, проводил симпозиумы по урегулированию конфликтов и по гражданской дипломатии.

Умер Роджерс в 1987 г. в возрасте 85 лет. В день его смерти пришло письмо о том, что он выдвинут кандидатом на Нобелевскую премию.

Широко известным в лечебной практике методом гуманистической психотерапии является **гештальт-терапия**, созданная Перлсом под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа и, в частности, теории Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходимую для терапевтического изменения, получают из непосредственного поведения пациента. Феноменологический подход гештальт-терапии противопоставляется каузальному — традиционному — подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом.

Перлс перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собою, осуществлять свое Я, реализовывать свои потребности, наклонности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности. Больным неврозом, согласно экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего Я, направляющий все свои усилия на реализацию Я-концепции, создаваемой для пего другими людьми, прежде всего близкими — и которую он со временем начинает принимать за свое истинное Я. Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводит к нарушению процесса саморегуляции организма.

В гештальт-терапии различают 5 механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлуенция. При интроекции человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступая в противоречие с собственным опытом, не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт — интроект — является чуждой для человека частью ею личности. Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. Со временем становится трудно различить интроекты и свои собственные убеждения. Проекция — прямая противоположность интроекции, причем, как правило, эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его Я-концепции. Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интроектами. Ретрофлексия — «поворот на себя» — наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за их блокирования социальной средой, и тогда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя. Такими неудовлетворенными потребностями, или незавершенными гештальтами, часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между Я и другими превращается во внутриличностный конфликт. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например: «Я должен заставить себя сделать это». Дефлексия

— это уклонение от реального контакта. Человек, для которого характерна дефлексия, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т. п. Конфлуенция, или слияние, выражается в стирании границ между Я и окружением. Такие люди с трудом отличают свои мысли, чувства или желания от чужих. Слияние хорошо выявляется на занятиях групповой психотерапии у пациентов, полностью идентифицирующих себя с группой; для них характерно при описании собственного поведения употребление местоимения «мы» вместо «я».

Описанные варианты нарушений процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от своего подлинного Я. В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагментированной, разделенной на отдельные части. Такими фрагментами, или частями, чаще выступают дихотомии: мужское — женское, активное — пассивное, зависимость — отчужденность, рациональность — эмоциональность, эгоистичность — бескорыстие. Большое значение придается в гештальт-терапии описанному Перлсом конфликту между «нападающим» (top-dog) и «защищающимся» (under-dog). «Нападающий» — это интроект родительских поучений и ожиданий, диктующих человеку, что и как он должен делать («Родитель» в терминологии трансактного анализа). «Защищающийся» — зависимая, неуверенная в себе часть личности, отбивающаяся различными хитростями, проволочками типа «сделаю завтра», «обещаю», «да, но...», «постараюсь» («Ребенок» в трансактном анализе).

Основная цель гештальт-терапии состоит в интеграции фрагментированных частей личности.

В процессе гештальт-терапии на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит через пять уровней, которые Перлс называет уровнями невроза.

Первый уровень — уровень фальшивых отношений, уровень игр и ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего Я. Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными, он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. Перлсу принадлежит следующий афоризм: «Сумасшедший говорит: "Я Авраам Линкольн", а больной неврозом: "Я хочу быть Авраамом Линкольном", здоровый человек говорит: "Я — это я, а ты — это ты"». Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

Второй уровень — фобический, связан с осознанием фальшивого поведения и манипуляций. Но когда пациент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет вести себя искренно, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является, боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень — тупик. Характеризуется тем, что человек не знает, что делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается статуса кво, боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти. Эти моменты связаны с вовлечением огромного количества энергии в столкновение противоборствующих сил внутри человека; возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить.

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает сформирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Перлс описывает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Оргазм — результат работы с лицами, сексуально заблокированными. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в «данный момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за изменением в функционировании организма пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем чтобы замечать, как он

препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избегания конфронтации со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный язык, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает ли кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит в сторону взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в гештальт-терапии акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями.

Феноменологический подход диктует принципы и технические процедуры в гештальт-терапии: и те и другие связаны с настоящим. Основными принципами являются следующие.

1. Принцип «сейчас». «Сейчас» — это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого является частью «сейчас», а то, что происходило несколько минут назад, не является «сейчас».

2. Принцип «я — ты». Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены психотерапевтической группы направляют не по адресу — конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания.

3. Принцип субъективизации высказываний. Связан с семантическими аспектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту заменять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на субъективизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи.

4. Континуум сознания. Является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, метод подведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от вербализаций и интерпретаций, одно из центральных понятий гештальт-терапии. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, он должен замечать малейшие изменения в функционировании организма. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движениями тела (понимание «языка тела») способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружением.

Технические процедуры в гештальт-терапии называются играми. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры предоставляют возможность экспериментирования с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов — достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание («ага-переживание») — это такой момент самопостижения, когда человек говорит: «Ага!» По Перлсу, «ага» — это то, что происходит, когда что-нибудь защелкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрывается» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные. Наиболее известными являются следующие игры.

1. Диалог между частями собственной личности. Когда у пациента наблюдается фрагментация личности, психотерапевт предлагает эксперимент: провести диалог между значимыми фрагментами личности — между агрессивным и пассивным, «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с тревогой, страхом), и с отдельными частями или органами собственного тела, и с воображаемым значимым для пациента человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает пациент («горячий стул»), располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, пытаясь максимально отождествлять себя с различными частями своей личности.

2. Совершение кругов. Пациенту предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, например, выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

3. Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. По существу, вся гештальт-терапия сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. п. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью приема пустого стула высказать свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт-психотерапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен...»

4. Проективная игра. Когда пациент заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», то есть примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

5. Выявление противоположного (реверсия). Явное поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания пациентом скрытых желаний и противоречивых потребностей ему предлагается разыграть роль противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Например, пациентке с манерами «душечки» предлагается разыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других женщины. Такой прием позволяет достичь более полного соприкосновения с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.

6. Упражнения на воображение. Иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра «Старый, заброшенный магазин». Пациенту предлагают закрыть глаза, расслабиться, затем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, можно заметить какой-то предмет. Пациенту предлагают тщательно его рассмотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Большое внимание уделяется в гештальт-терапии работе со сновидениями пациентов. Перефразируя Фрейда, Перлс говорит, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа, в гештальт-терапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Автор считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются во сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Перлс сначала применял свой метод в виде индивидуальной психотерапии, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте, группа же при этом используется лишь инструментально по типу хора, который, подобно греческому, на заднем плане провозглашает свое мнение по поводу действия протагониста. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая фрагментированные части своего Я и завершая незаконченные ситуации.

В последние годы отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели гештальт-терапии с ее непримиримостью к каузальности, полному отказу от анализа и интерпретаций к использованию гештальт-экспериментов в сочетании с каузальными методами психотерапии, чаще с трансактным анализом. Гештальт-терапия наиболее эффективна при лечении неврозов. При работе с психотическими пациентами ее рекомендуют проводить достаточно длительно и осторожно.

Резюмируя, можно сослаться на Карасу, который, рассматривая экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии, характеризует его следующими основными категориями:

— концепция патологии (основывается на признании существования экзистенциального отчаяния как следствия утраты человеком возможностей, расщепления Я, рассогласования с собственными знаниями);

— здоровье (связано с реализацией потенциала человека — развитием Я, достижением подлинности, непосредственности);

— желательные изменения (непосредственность переживаний, восприятие и выражение ощущений или чувств в данный момент);

— временной подход (внеисторический, фокусируется на феноменологическом моменте);

— лечение (кратковременное и интенсивное);

— задача психотерапевта (сводится к взаимодействию в атмосфере взаимного принятия, способствующего самовыражению — от соматического до духовного);

— основной психотерапевтический метод (встречи с равноправным участием в диалоге, проведение экспериментов, игр, инсценировок или «разыгрывание» чувств);

— лечебная модель (экзистенциальна: диада равных людей или «Взрослый — Взрослый», то есть человеческий союз);

— характер отношения пациента к лечению (считается реальным, в отличие, например, от признания существования переноса в динамическом направлении, и представляет первостепенную важность);

— позиция психотерапевта (взаимодействующая и принимающая; он выступает во взаиморазрешающей или удовлетворяющей роли).

Контрольные вопросы

1. К какому направлению психотерапии относится клиент-центрированная психотерапия Роджерса?

   1) Психодинамическому.

   2) Бихевиористскому.

   3) Экзистенциально-гуманистическому.

   4) Позитивному.

2. В концепции клиент-центрированной психотерапии Роджерса основным аспектом учения о личности является следующая гипотеза:

   1) индивид обладает врожденной тенденцией к актуализации;

   2) индивид стремится найти и реализовать смысл жизни;

   3) развитие личности определяется наличием постоянного конфликта между чувством неполноценности и порождаемым им стремлением к самоутверждению;

   4) индивид обладает врожденной способностью достигать оптимального равновесия внутри себя и между собой и средой.

3. В клиент-центрированной психотерапии Роджерса психотерапевт в контакте с пациентом проявляет следующее качество:

   1) манипулирует процессом взаимодействия;

   2) безусловно положительно принимает пациента;

   3) комментирует поведение больного;

   4) интерпретирует скрытый смысл в поведении больного.

4. К понятиям гештальт-терапии не относится:

   1) вытеснение;

   2) фигура и фон;

   3) незавершенный гештальт;

   4) осознание.

Основные формы психотерапии.

Индивидуальная психотерапия.

Индивидуальная психотерапия является такой ее организационной формой, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде врач — пациент. В организационном аспекте индивидуальная психотерапия рассматривается в качестве альтернативы групповой (где инструментом лечебного воздействия выступает и психотерапевтическая группа), коллективной и семейной психотерапии. Используется в рамках практически всех концептуальных и методических направлений в психотерапии, которые и определяют специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные индивидуальной психотерапии.

Индивидуальная психотерапия проводится одним психотерапевтом, редко двумя (биполярная терапия) или несколькими котерапевтами. Часто является элементом комплексной терапии в сочетании с другими формами психотерапии, фармако-, физио- или социотерапией. Выделяют также комбинированную терапию, совмещающую индивидуальную и групповую (или семейную) психотерапию, проводимую одним психотерапевтом, и сочетанную терапию, при которой пациент проходит индивидуальную психотерапию у одного психотерапевта и одновременно участвует в семейной или групповой психотерапии у других психотерапевтов.

Методологически индивидуальная психотерапия наиболее близка психотерапии в группе пациентов, использующей механизмы «заражения» и взаимообучения пациентов в индивидуальных целях (аутогенная тренировка, гештальт-терапия и др.). Сочетание с групповой психотерапией, центрированной на групповой динамике, или семейной психотерапией, фокусирующейся на семейной микрогруппе как целостном субъекте системного психотерапевтического вмешательства, может предлагаться пациенту только после тщательной проработки психотерапевтических целей, учитывающей как лечебный потенциал разных форм психотерапии, так и их возможный антагонистический эффект.

История становления и развития индивидуальной психотерапии предшествует возникновению других организационных форм психотерапии, например, групповой или семейной, независимо от их направления и связана с общей историей психотерапии.

Структура целей различных современных форм психотерапии применительно к индивидуальной психотерапии представлена на основании разработок Орлински и Ховарда в табл. 7.

Таблица 7. Цели современных форм психотерапии

Тип цели	Примеры
Цели для сеанса психотерапии (для терапевтического процесса): конкретно и краткосрочно	Углубление самоэксплорации Уменьшение страха при обсуждении запретной темы Соблюдение инструкций при выполнении рекомендаций психотерапевта
Микрорезультаты (после сеанса): конкретно и краткосрочно	Прекращение избегания повседневных ситуаций, которые ранее избегались Улучшение способности понимания причинных связей конкретной социальной конфликтной ситуации
Макрорезультаты (после сеанса): глобально и долгосрочно	Позитивная самохарактеристика Соответствующая сила Я Адекватное ожидание собственной эффективности Улучшение способности к коммуникации Стабильная и генерализованная ситуационная компетентность

Выделение общих факторов лечебного действия индивидуальной психотерапии в значительной степени определяется теоретическими взглядами исследователей. Так, Мармор при наблюдении

за психотерапевтами различных направлений (психоанализ, терапия поведения, гештальт-терапия и др.) отметил восемь основных факторов, присущих всем психотерапевтическим методам в той или иной степени: 1) хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом как основа, на которой строится психотерапия; 2) первоначальное ослабление напряжения, основанное на способности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперантная модификация поведения больного за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом; 5) приобретение социальных навыков на примере психотерапевта; 6) убеждение и внушение — явное или скрытое; 7) применение или репетирование более адаптивных методик при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

Важной общей характеристикой индивидуального психотерапевтического процесса является последовательность его фаз (Кэнфер, Гримм), с которыми связаны конкретные цели и средства их достижения (табл. 8).

Таблица 8. Фазы психотерапевтического процесса

Фаза	Цели	Средства
Определение показаний	Диагностическое обследование Выбор терапевтического метода	Беседа/анамнез Личностные и клинические тесты Медицинское обследование
Построение терапевтических отношений	Ролевое структурирование (объяснение и облегчение принятия пациентом его роли как пациента) Формирование позитивных ожиданий при изменениях Построение терапевтического союза Передача знаний об общей концепции этиологии	Реализация уважения и эмпатии Разъяснение правил психотерапии Терапевтический контракт
Проведение терапевтического обучения	Систематическое построение компетентности (поведенческая терапия) Анализ и учет опыта при определении мотивов поведения и переживаний (психоанализ) Реструктурирование представлений о себе (разговорная психотерапия)	Применение специальных психотерапевтических техник Непрерывное наблюдение и анализ психотерапевтического сеанса
Оценка результата терапии	Психодиагностическое выяснение степени достижения терапевтической цели Обеспечение генерализации результатов терапии Формальное завершение терапевтических отношений	Беседа Диагностические методы При определенных условиях — редуцирование терапевтических контактов Договоренность о завершении терапии по взаимному соглашению

Индивидуальная психотерапия представляет собой сложный процесс, в котором взаимодействуют различные социокультурные факторы, профессиональные качества и личностные особенности, как пациента, так и психотерапевта, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации. При индивидуальной психотерапии особенно важна роль психотерапевта. Согласно исследованиям Бютлера и др., характеристики психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии, могут разделяться на объективные: возраст, пол, этнические особенности, профессиональная основа, терапевтический стиль,

психотерапевтические техники, и субъективные: личностные и копинговые особенности, эмоциональное состояние, ценности, отношения, убеждения, культурные взаимоотношения, терапевтические взаимоотношения, характер социального влияния, ожидания, философская терапевтическая ориентация.

По срокам проведения индивидуальная психотерапия может условно делиться на краткосрочную и долговременную. Граница обычно определяется числом психотерапевтических занятий. По мнению большинства исследователей психотерапия длительностью до 20 (реже до 40) занятий относится к краткосрочной. Современной тенденцией почти всех концептуальных и методических направлений является стремление к краткосрочности, базирующееся на повышении интенсивности, интегративности психотерапии, конкуренции в снижении материальных затрат без снижения эффективности. Иногда краткосрочность служит одним из принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Долговременные формы индивидуальной психотерапии наиболее характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7-10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2-3 раза в неделю. Продолжительность лечения зависит, в частности, от числа конфликтных зон, которые должны быть проработаны в ходе лечебного процесса (краткосрочная психодинамическая психотерапия фокусируется на разрешении главного конфликта). Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию переноса, а также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. В ходе долговременной психотерапии расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутриличностные бессознательные конфликты, формируется понимание механизмов психической деятельности, что позволяет завершать процесс лечения. Урсано, Зонненберг, Лазар выделяют следующие критерии окончания терапии. Пациент: 1) чувствует ослабление симптомов, которые воспринимаются как чуждые; 2) осознает свои характерные защитные механизмы; 3) способен принять и признать типичные для себя реакции переноса; 4) продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов. Вопрос о завершении лечения поднимает пациент, но его может поставить и психотерапевт в результате анализа рассуждений и переживаний пациента по этому поводу. Дата завершения лечения устанавливается заранее по взаимному согласию психотерапевта и пациента.

Долговременная индивидуальная психотерапия используется в рамках и других направлений, помимо психодинамического. Так, при наличии сложной, множественной симптоматики или выраженных личностных нарушений наиболее склонная к краткосрочности поведенческая психотерапия может продолжаться до 80-120 занятий в попытках достижения желаемого эффекта. Не редкостью является длительность лечения при психотерапии экзистенциально-гуманистической направленности, представители которой иногда считают необходимым оказывать пожизненную помощь и поддержку пациентам.

При проведении длительной психотерапии необходимо иметь в виду зависимость скорости улучшения состояния пациентов от числа психотерапевтических занятий. Как показали современные, выполненные на большом материале исследования Ховарда, в общем, скорость такого улучшения быстро нарастает лишь до 24-го занятия, а затем резко замедляется. Психотерапевт должен быть готов к такой динамике и при необходимости последовательно продолжать выполнение намеченных и обоснованных психотерапевтических планов.

По мнению Перре, показателями научной обоснованности того или иного метода психотерапии являются прежде всего: 1) доказательства эффективности; 2) обоснование предположениями, которые не противоречат современным научным данным.

При выборе методов психотерапии целесообразно учитывать данные Граве и соавт. Применительно к индивидуальной психотерапии, метаанализ эффективности различных видов психотерапии показал, что многие методы не исследовались научно приемлемым образом, а эффективность других существенно различается. Отсутствие современной научной оценки результативности касается аналитической психологии Юнга, логотерапии, нейролингвистического программирования, трансцендентальной медитации, индивидуальной психологии Адлера, трансактного анализа, которые в настоящее время находят применение в нашей стране, а также многих других, более редко встречающихся методов индивидуальной психотерапии. Авторами не рекомендуется применять гипноз как монотерапию, а дается совет использовать его с основной психотерапией. Немногочисленные исследования гештальт-терапии свидетельствуют о ее эффективном действии на широкий спектр нарушений. Терапевтические эффекты раскрывающей, долговременной психотерапии оказались намного хуже, чем были предсказаны психотерапевтами.

Долговременным психоанализом хорошие результаты достигались лишь у 40 % пациентов и умеренное улучшение — у 20 %. Однако хорошие результаты были получены другими методами со значительно (в 10-20 раз) меньшими затратами. Краткосрочный психоанализ обычно уменьшал симптоматику у пациентов со слабовыраженными невротическими и личностными расстройствами. Отношения с окружающими улучшались, но в результате групповой, а не индивидуальной психотерапии. Плохо поддавались психоаналитической психотерапии пациенты с фобиями и психосоматическими расстройствами. Достаточно убедительными были результаты интерперсональной психотерапии Клермана и Вейссман у пациентов с депрессией и нервной булимией. Клиент-центрированная психотерапия Роджерса эффективна при невротических расстройствах, а также показана для лечения алкоголизма и даже шизофрении, при этом часто в комбинации с методами поведенческой психотерапии. Высокую эффективность, но при ограниченном спектре патологии, показали методы когнитивно-поведенческого направления. Специфические фобии хорошо поддаются лечению систематической десенсибилизацией. При полиморфных фобиях, включавших и панические атаки, наиболее эффективными оказались методики конфронтации с ситуациями, которых боялись пациенты. Когнитивная психотерапия Бека была успешной при лечении депрессий, а также страхов и личностных расстройств.

Из числа отечественных, наиболее научно обоснованной и подтвердившей свою широкую клиническую эффективность индивидуальной формой психотерапии является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, основанная на теории отношений Мясищева, представленная Карвасарским и его сотрудниками.

По современным данным Бергина и Гарфилда в мире используется более 400 психотерапевтических техник для взрослых пациентов и более 200 для детей и подростков. Большинство из них применяется в индивидуальной психотерапии. Лишь в многотомных энциклопедических изданиях возможно краткое знакомство с ними. Общие особенности психотерапевтической техники и ведущие механизмы лечебного действия представлены в главах, посвященных описанию основных психотерапевтических направлений. Главные различия между отдельными психотерапевтическими направлениями можно получить при описании психотерапевтического контакта, поскольку при индивидуальной психотерапии такой контакт создает оптимальные условия лечения и служит ведущим инструментом психологического влияния, способного приводить к позитивным переменам в чувствах, представлениях, отношениях и поведении пациента.

Психотерапевтический контакт содержит следующие лечебные компоненты: удовлетворение ожиданий и потребностей, выслушивание (с отреагированием или «вентиляцией» эмоционального напряжения), эмоциональная поддержка, обратная связь, при раскрытии своих мыслей, переживаний и поведения. Психотерапевтический контакт формируется на основе развития взаимопонимания, коммуникации между психотерапевтом и пациентом. Важнейшей задачей врача при этом является создание устойчивых, доверительных отношений с больным. Психотерапевт проявляет уважение к пациенту, принимает его без морального осуждения и критики, проявляет желание помочь.

Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, необходимое для оптимального психотерапевтического контакта, достигается обоюдными вербальными и невербальными средствами общения. Невербальное поведение врача (поза, мимика, жесты, интонация) нередко оказывается для пациента более значимым, чем его высказывания. Для понимания невербального поведения важен учет таких его признаков, как дистанция между собеседниками, направленность корпуса тела, степень контакта взглядом и др. Теплое, эмпатическое отношение психотерапевта выражается короткой дистанцией, прямым взглядом, улыбкой, обращенностью к пациенту позы, свободным и непринужденным положением рук, доброжелательными и уверенными интонациями голоса и т. п. Сдержанное, эмоционально нейтральное, а иногда и «холодное» отношение психотерапевта к пациенту проявляется в направленности взгляда и корпуса в сторону, в небрежности или скованности позы, наличии преграды (например, стола) между ними, отсутствии улыбки, в невыразительных или официальных интонациях голоса и др. Аналогичные признаки невербального поведения отмечаются у пациента при его положительном или отрицательном отношении к психотерапевту. При хорошем психотерапевтическом контакте пациент вербально и невербально стремится к синхронности с поведением психотерапевта. Невербальный аккомпанемент открытого словесного выражения эмоционального отношения друг к другу может нейтрализовать его, подчеркивать или производить противоположное воздействие.

После установления первоначального контакта между психотерапевтом и пациентом их общение приводит к созданию определенных взаимоотношений, которые сохраняются в ходе психотерапии или изменяются на разных ее этапах. Ташлыков выделяет два основных типа

ролевого взаимодействия в психотерапевтическом контакте: руководство и партнерство. Руководство как выражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач — пациент», при которой врач доминирует, занимает ведущую позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно малоактивным или пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделяется магическими качествами и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям, что может иметь положительное значение при выборе симптоматических методов индивидуальной психотерапии или при слабой первичной мотивации пациента к лечению. Партнерство как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Психотерапевт эмпатическим подходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных переживаниях и открыто выражать свои чувства. Современные, наиболее эффективные методы индивидуальной психотерапии осуществляются на основе формирования терапевтического союза.

Контрольные вопросы

1. Основным инструментом лечебного воздействия при индивидуальной психотерапии выступает:

   1) психотерапевтическая группа;

   2) окружающая пациента среда;

   3) метод психотерапии;

   4) психотерапевт.

2. Ведущим показателем научной обоснованности методов индивидуальной психотерапии является:

   1) оценка психотерапевта с учетом его опыта;

   2) оценка коллег и пациентов;

   3) доказательство их эффективности и обоснование современными научными данными;

   4) сравнение их эффективности с современными психотропными средствами.

3. Ведущим инструментом психологического влияния на пациента при проведении индивидуальной психотерапии служит:

   1) психотерапевтический контакт;

   2) психотерапевтический контракт;

   3) директивность психотерапевта;

   4) эмоционально-нейтральное отношение психотерапевта.

Семейная психотерапия.

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (Мягер, Мишина). Иными словами, это психотерапия пациента в семье и при помощи семьи. Сатир под семейной психотерапией понимала все вмешательства, изменяющие семейную систему.

В настоящее время границы между различными методами семейной психотерапии стираются. Оставаясь в своей основе системной, за годы своего развития семейная психотерапия вобрала позитивные моменты структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Например, в структурной терапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. В основе нарративного (повествовательного) подхода в семейной психотерапии лежит работа с жизненными историями пациентов (анализ проблемных историй) и создание альтернативных повествований, открывающих новые перспективы для людей. Нарративный подход может служить стратегической линией для системных и психодинамических гипотез.

Объектом семейной психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие цели разных моделей семейной психотерапии можно представить следующим образом: изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу; модификация проницаемости каналов и границ между подсистемами; создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; коррекция различных форм иерархического несоответствия; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

Основные положения системного подхода.

Семья — открытая, развивающаяся система, в которой равновесие поддерживается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям.

Наша жизнь протекает в широкой иерархии взаимодействующих систем (от молекулярного уровня до систем космоса). Семейная система представляет собой открытую систему, где члены семьи взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами (школа, производство). Семья — постоянно развивающаяся система вследствие взаимодействия («обратных связей») с внешними системами (биологическими и социальными). Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью, в свою очередь последняя воздействует аналогичным образом на другие системы. Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны, к сохранению сложившихся связей, с другой стороны — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования.

Эта система имеет следующие характеристики: 1) система как целое больше, чем сумма ее частей; 2) что-либо затрагивающее систему в целом влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3) расстройство или изменение в состоянии одной части системы отражается в изменении других частей и системы в целом.

Живая система характеризуется изменчивостью от хаоса (энтропия) до ригидности по отношению к большому комплексу устойчивых, повторяющихся картин взаимодействия. Здоровые и дисфункциональные члены семьи имеют шанс проявить множество способов реагирования на «обратную связь» из среды. Обратная связь, следовательно, может быть обозначена как системный ответ на требуемые изменения для адаптации. Она может проявляться отказами от изменений, поддерживая гомеостаз (например, оставить вещи такими, какие они есть). Члены гармоничной семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В таких семьях при возможности притяжение между родителями, супружеская, детская подсистемы имеют четкие границы. Здоровая семья основывается не на доминировании родителей над детьми, а на том, что сила первых обеспечивает безопасность для вторых. Семейные правила здесь открыты и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи.

Отдельные признаки гармоничной семьи. 1. Все члены общаются между собой, умеют слушать друг друга. В спорах учитывается мнение каждого члена семьи. Здоровая семья — это место проявления близости, любви, так же как и отрицательных эмоций. 2. Разделяется ответственность и обязанности между всеми ее членами. 3. Ее члены поддерживают друг друга, умеют распределить и выполнять обязанности другого члена в случае изменения ситуации (командировка, болезнь). 4. Каждый ее член верит в себя, имеет адекватную самооценку, доверяет другим. 5. Учат уважать других людей, их различия во вкусах; уважают вкусы, выбор друзей, времяпровождение подростка. 6. Ее члены обладают общей системой ценностей, знают свои права. 7. Существуют семейные традиции, дети знают своих предков, свои корни. 8. Коалиции между ее членами динамичны и изменчивы. Допускается смена одних внутрисемейных треугольников другими без возникновения при этом у членов семьи чувства ревности или ненадежности, что жизненно необходимо для установления личностно-социальных границ.

9. Ценится чувство юмора, воспитывается позитивное отношение к жизни.

10. Уделяется внимание духовной жизни. 11. Уделяется время развлечениям. 12. Поощряется совместный прием пищи. 13. Поощряется альтруизм (сделать что-либо безвозмездно для другого человека, школы). 14. Ее члены создают условия для своего личностного роста. 15. Ее члены не стесняются обращаться за помощью и поддержкой к специалистам в случае кризиса или появления проблем.

Дисфункциональная семья — семья, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов.

Дисгармоничные (дисфункциональные) семьи — ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (нервно-психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, служит «коммуникативной метафорой» (шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующая система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой. С системной точки зрения изменение является не единственным решением единственной проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет; дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

Системные нарушения могут проявляться в нескольких формах. «Нормативные временные сдвиги» или «горизонтальные (нормативные) стрессоры» отражают движение между стадиями жизненного цикла семьи. Они включают начало семейной жизни, рождение ребенка, смену профессии, уход детей из дома и др. Симптоматическое поведение возникает при «застревании», препятствиях или неадекватной адаптации при прохождении какого-либо этапа жизненного цикла семьи.

«Системные сдвиги» включают менее выраженные изменения во внутреннем балансе взаимоотношений внутри системы. Они могут провоцироваться транзиторными стадиями или возникать независимо. Транзиторную стадию иллюстрирует факт решения домохозяйки вернуться на работу, когда дети выросли. Этот поступок может нарушить стабильность в супружеской подсистеме, приводя семью к кризису. Независимый сдвиг возможен и в случае смерти матери мужа, контролировавшей его, тогда супруг начнет эмоционально «выпадать» из брака, находя интересы во внебрачной среде.

«Системная травма» — непредсказуемые жизненные события, такие как смерть одного из членов семьи, физическая болезнь или внезапное завершение карьеры. Эффект подобных событий может быть разрушительным для семьи, несмотря на ее попытки к ним приспособиться.

Накопление генетических и дисфункциональных стереотипов взаимодействия из поколения в поколение (патологизирующее семейное наследование) относится к вертикальным стрессорам.

В отечественной литературе в семейной психотерапии выделяют 4 этапа (Эйдемиллер, Юстицкис): 1) диагностический (семейный диагноз), 2) ликвидация семейного конфликта, 3) реконструктивный, 4) поддерживающий. Важно помнить, что этапность в проведении семейной психотерапии определяется конкретным дисфункциональным семейным контекстом и направлением психотерапии.

Семейный диагноз, представляя собой клиническую основу семейной психотерапии, требует от клинициста знания системного подхода и умения собрать анамнестические сведения. Постановку семейного диагноза может облегчить приведенная ниже схема. Специалисту рекомендуется задать членам семьи и самому себе вопросы и получить информацию о следующих картинах взаимодействия (поведения) в семье.

1. Какие события произошли недавно в семье, ухудшившие ее функционирование?

2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?

3. Почему семья обратилась сейчас?

4. Носила ли дисфункция семьи острую (кризисную) ситуацию или хронический характер? Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

5. Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему? (Инициатор обращения, ответственный член семьи или самый виноватый в проблеме).

6. Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы?

«Идентифицированный пациент» — член семьи, отклоняющееся поведение и психологические проблемы которого являются непосредственным поводом обращения семьи к психотерапевту.

«Идентифицированный пациент» или «носитель симптома» может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом. Ряд семей пытаются в ответ на системные стрессоры, сдвиги или травмы реагировать усилением ригидных картин взаимодействия («инконгруэнтная адаптация»). Сохранение или усиление негибких способов реагирования почти универсально в ситуациях страха, возникающего в результате болезни, миграции, расовой дискриминации и других факторов, связанных с потерей, но при длительном использовании этого механизма защиты нарушается естественный обмен энергетики в семье.

Симптом и система связаны между собой и служат для каких-то целей семьи.

Чаще всего «носитель симптома» в дисгармоничных семьях появляется в результате следующих обстоятельств:

— члены семьи игнорируют проблему на системном уровне, отказываются разделять ответственность за симптом;

— закрытые внешние границы дисгармоничных семей ограничивают взаимодействие членов семьи с другими системами, не позволяют получить ресурс извне для решения проблем и тем самым блокируют рост и развитие самой семейной системы. Диффузные границы между подсистемами стимулируют процесс «хронической беспомощности» у всех членов семьи, но особенно у «идентифицированного пациента»;

— блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисгармоничных семьях создает ситуацию перенапряжения, «носитель симптома» непроизвольно «оттягивает» энергию на себя;

— «идентифицированный пациент» помогает сохранять семейный гомеостаз, ребенок — «носитель симптома» подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома).

Позитивная трактовка симптома (переопределение) — поиск позитивного значения симптома или поведения для семейной системы. В тех случаях, когда совершаются насилие, самоубийство, инцест или криминальные действия, положительно определяется мотивация, стоящая за такими поступками, а не сами поступки;

— нередко кризис, создаваемый подростком — единственный способ испытать эмоции в семье.

7. Выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник.

При исследовании коммуникаций в семье мы рекомендуем сосредоточить свое внимание на наблюдении за картинами отделения и связи по рассадке членов семьи на первом сеансе. Часто их способ взаимного размещения отражает и стиль коммуникации.

Так в случае семьи Андрея Х.,16 лет, обратившейся по поводу употребления психоактивных веществ подростком («идентифицированный пациент»), двое разведенных родителей сели на одной линии за два рядом стоящих стола, отчим и мачеха впереди столов, а Андрей между двумя столами. Возникла гипотеза об отсутствии четких границ в семейных подсистемах. Кроме того, семейная ситуация соответствовала русской пословице: «Семь нянек, и дитя без глаза». В ходе интервью выяснилось, что как только мать, с которой чаще проживал Андрей, не справлялась с какой-либо сложной ситуацией, она звонила разведенному супругу, а тот порой отправлял подростка к своей матери. В ходе второго занятия у юноши возникла идея — пожить в общежитии колледжа. Подхватив его мысль, психотерапевт предложил Андрею и отцу, проживавшему в общежитии, подписать контракт на месячное совместное проживание с соблюдением всех правил общежития (общение «Взрослый — Взрослый»).

8. Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется.

9. Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки).

10. Обратить внимание на отсутствие необходимых социальных навыков (когнитивный дефицит): совместный прием пищи, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания.

11. Получить информацию, объединяющую людей и события вместе. Кто первым заметил? Кто больше всех беспокоился о проблеме? Какое из событий произвело наибольший эффект на семью? Получение информации о текущем поведении «идентифицированного пациента» помогает определить повторяющиеся картины возникновения проблем (циркулярная последовательность), выяснить попытки борьбы с проблемами и принятые решения, помогает поместить симптом в определенный контекст и сформулировать первичные гипотезы.

12. Выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие).

Границы — воображаемые вехи внутри и между системами, через которые информация переводится из модальности одной системы в другую, используют в описании взаимоотношений между семьей и микросоциальным окружением, а также различными подсистемами внутри семьи. Семейные границы могут быть выражены через правила, которые определяют, кто принадлежит данной системе или подсистеме и каким образом он ей принадлежит. Границы могут быть ясными, ригидными и диффузными. Ясные границы рассматриваются как здоровые и функциональные. При ригидных границах информация между семейными подсистемами проходит с трудом. Это ведет к эмоциональной отдаленности каждого члена семьи друг от друга (например, отец проводит все время на работе, дети на «молодежных тусовках», мать занимается дачей). Диффузные границы допускают легкое проникновение информации между подсистемами, которое ведет к «запутанному» клубку во внутрисемейных отношениях.

Понятие «подсистема» может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например, членов семьи. Семейные подсистемы определяются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Очень часто подсистема охватывает подгруппу семьи: родительская подсистема, супружеская, детская или женская или мужская подсистемы в семье. Каждый индивид может принадлежать ко многим семейным подсистемам.

Взаимодействия между подсистемами управляются определенными семейными правилами. Природа отношений подсистем — центральный пункт сбора анамнеза для детских психиатров, работающих с семьями — кто кого слушает, кто кого игнорирует и кто меняется в результате получения информации от другого. Границы могут быть значительно нарушены, например, излишнее слияние между членами семьи, инфантилизация родителей или присвоение родительских функций детьми («перевернутая иерархия»). Специалисту также важно определять границы между семьей и супрасистемой (физической, экономической, интерперсональной и экологической), где семья является составной частью.

Структурная теория утверждает, что дисфункцию системы создают крайние варианты. Если внешние границы слишком жесткие, то происходит мало обменов между семьей и окружением, наступает застой в системе. Если границы слишком слабые, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой.

Внимание к центростремительным или центробежным импульсам помогает адекватно в сборе анамнеза. Центростремительная картина вытекает из «ригидной системы» Минухина, где «идентифицированный пациент» связан жесткими семейными границами. Положительное подкрепление чаще всего возникает внутри системы, чем снаружи, а личностный рост и отделение члена семьи воспринимается с высокой степенью амбивалентности. При центробежных картинах пациент (часто ребенок) рано и настойчиво изгоняется из семьи. Система имеет недостаток внутреннего сплочения и члены семьи находят положительное подкрепление вне семьи. Очень важно выявить такие картины рано, так как это будет способствовать предупреждению болезней.

13. Исследовать семейный треугольник. Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение.

14. Исследовать семейные секреты. Когда мы исследуем сильные стрессовые события в семье, необходимо определить, нет ли избытка неотреагированных потерь и дисстрессов, а также — семейных секретов (табу).

Секрет — это информация, скрываемая от других людей. Многие семьи имеют секреты, касающиеся добрачной беременности, суицида родственника, криминальной деятельности деда и других событий. Клиническое значение секрета состоит в тайной власти его над каким-либо членом семьи. Определенные секреты могут усилить уязвимость одного члена, смущение другого, спровоцировать на неблаговидный поступок из-за нежелания огласки. Роль секрета — стабилизировать или защищать семейную систему. Это не простая вещь — хранить информацию и не раскрывать ее. Значительное количество энергии идет на ограничение и поддержание секрета. Секреты чаще всего представлены на сознательном уровне, но могут быть и неосознанными. Хотя все члены семьи знают о секрете, сам секрет редко упоминается внутри системы.

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: внимательным слушанием и улавливанием деталей, выявлением болезненных тем у семьи и «вытаскиванием» их путем вопросов; способностью внедриться в конфликтный разговор, делать логические скачки, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, которые могут «расшатать» правила семьи. Важно заподозрить секрет и найти безопасные пути для его обнаружения.

В семье Ивана К., 19 лет, существовал секрет о смерти матери, умершей от интоксикации алкоголем, когда мальчику было 6 лет. Ему не дали проститься с матерью, о ее смерти сообщили через месяц в грубой форме. Лечение опийной наркомании, проведенной в стационаре, а также индивидуальная психотерапия не дали эффекта. Проработка этой проблемы в рамках семейной психотерапии с отцом и сыном, последующее включение юноши в групповую психотерапию, где психотравмирующая ситуация детства воспроизведена в психодраме, дала позитивные результаты в катамнезе.

Появление «носителя симптома» может быть инконгруэнтной попыткой в необычной форме воздействовать на ригидную систему без нарушения ее законов, системы правил семьи.

15. Доступна ли семья, включая «носителя симптома», к изменениям? После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующим шагом ему необходимо составить терапевтический контракт с семьей, сформулировав условия курса терапии. Это осуществляется путем определения связи между симптомом и системой и постановки дилеммы изменений. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать симптом у «идентифицированного пациента», но сопротивляться изменениям.

16. Определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям.

17. Выяснить влияние на семью других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников).

18. Убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этой семьей. Обратите внимание на Ваш собственный эмоциональный ответ на внедрение в семейную систему. Есть ли ощущение закрытости, защищенности, диффузности или отсутствия границ. Эти реакции обычно дают ключи о внешних системных границах и предполагаемых стратегиях для дальнейшего вхождения в систему. Проверьте систему на ее относительную толерантность к отделению. Например, можно вовлечь пациента в диалог о будущем или о женитьбе, используя свой собственный стиль, возможно, в игровой манере, а затем наблюдать за резонансом системы на подобное вмешательство.

Реконструкция семейных отношений. Хотя трудно отделить диагностическую и терапевтическую части при проведении семейной психотерапии, в системной семейной психотерапии условно выделяют следующие ее этапы: объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой ею структуре ролей; формулирование терапевтического запроса; реконструкция семейных отношений.

Присоединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения. Существует 3 типа присоединения по Минухину: поддержка, следование, отражение.

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее

вовлеченных членов семьи. Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме. Позиция психотерапевта нейтральна на первом этапе и заключается в минимизации комментариев на прямые и непрямые сообщения и невербальное поведение. Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез происхождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используется прием «генерализации»: «В некоторых семьях типа Вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходили следующие варианты...».

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуникации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, поддерживающий ее правила, но заставляет правила работать в своих целях для семьи.

Отражение состоит в адаптации семейного стиля, эмоций, соответствующих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт использует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может воспроизвести психотерапевт. Последний может присоединиться к изолированному отцу через сигарету или снимая галстук (если клиент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

Эйдемиллер разработал технологию формулирования терапевтического запроса в следующей последовательности: XR — UR — ZR , где X — уровень манипулятивного запроса, U — уровень осознания себя как неэффективных родителей, Z — уровень осознавания своей некомпетентности как супругов, R — ресурсные состояния отдельных ее членов и семьи как системы. На этапе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят достичь в ходе психотерапии.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника — это прием, посредством которого решается та или иная задача. Минухин применение техник семейной психотерапии сводит к осуществлению трех основных задач: критике симптома, критике (вызову) семейной структуре и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т. д.). Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов. Остановимся на некоторых из них.

Вызов семейной структуре. Эта техника направлена на изменение иерархических отношений членов семьи через изменение существующего распределения влияния внутри семейной системы. Описана следующая процедура применения данной методики.

1. Проблема, с которой приходит семья, подвергается сомнению. Психотерапевт подвергает сомнению точку зрения семьи о том, что существует лишь один определенный «идентифицированный пациент». Он наблюдает, как действуют члены семьи и как устроена семейная система. Занимая иерархическую позицию эксперта, терапевт может утверждать: «Я вижу нечто иное, происходящее в семье, что опровергает Ваше мнение о том, где кроется болезнь». Часто он оспаривает мнение о том, что семейная проблема заключена только в одном человеке: «У Вашей семьи проблема в том, как Вы общаетесь друг с другом». «Идентифицированный пациент» может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация на нем внимания семьи отвлекает ее от иных проблем, например, длительного супружеского конфликта.

2. Сомнение в контроле. Психотерапевт сомневается в том, что один из членов семьи в состоянии контролировать всю семейную систему. Например, психотерапевт характеризует поведение одного члена семьи и возлагает ответственность за него на других. Обращаясь к подростку, он говорит: «Ты ведешь себя так, будто тебе 4 года» — и, повернувшись к родителям, спрашивает: «Как Вам удалось сохранить его столь юным?». Психотерапевт одновременно присоединяется к субъекту и атакует его поведение. При этом «идентифицированный пациент» не сопротивляется критике, так как ответственность за такое поведение возложена на родителей.

3. Сомнение во временной последовательности событий, которую предъявляет семья. Психотерапевт подвергает сомнению хронологию событий в семье, расширяя временную перспективу и, таким образом, рассматривая поведение индивида как часть какого-то большего целого. Он дает возможность увидеть семье стереотипы взаимоотношений, а не действия отдельного индивида. Психотерапевт может подчеркивать, что общение членов семьи подчиняется правилам, которые относятся не к отдельным индивидам, а к системе в целом. Например, в семье с запутанными границами субсистем ребенок чихает, а мать передает отцу носовой платок для него... Психотерапевт говорит: «Будьте здоровы, смотрите, как одно чихание привело в действие всех. Сразу видно, что в Вашей семье люди помогают друг другу».

Психотерапевтический контракт. Целью этого приема является установление и закрепление обычно в письменной форме взаимного соглашения всех «договаривающихся сторон» на проведение конкретной работы. В контракте обговаривается ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, заключающих контракт, установление критериев достижения целей (временной, количественный и т. д.), описание позитивных и негативных последствий в случае выполнения и невыполнения условий контракта, определение специфики условий для каждого партнера. Согласно оперантному научению позитивные подкрепления должны следовать независимо от контракта. Первые контракты должны содержать быстрые и легко достижимые цели (принцип маленьких шагов). Контракт и цель рекомендуется формулировать в позитивных терминах. Как психотерапевтический прием он может использоваться на занятии, например, можно предложить двум членам семьи общаться только через психотерапевта.

Эксперимент возникает на каждом занятии, так как психотерапевт присоединяется к системе и чувствует ее давление. Все психотерапевтические техники определяют упругость семьи и способность к изменениям. В результате использования этого приема предполагаются изменения семейного гомеостаза. Например, вовлеченную в проблемы сына мать «отключают» от него и дают задания провести вечер вместе с мужем вне дома или съездить с другим членом семьи в гости на несколько дней.

В процессе проведения эксперимента могут возникнуть изменения гомеостаза и последующее напряжение. Иллюстрацией к этому выводу служит отказ от сотрудничества находящейся в сильно напряженном состоянии матери, что может еще больше дезорганизовать семью. Об этом следует помнить психотерапевту и заранее узнать, что может произойти в семье в случае исчезновения «симптома». Если не предупредить о возможном кризисе, семья может также прекратить лечение.

Выявление семейных трансактных картин взаимодействия. Пациенты часто демонстрируют картины взаимодействия между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать их. Разыгрывание семейных ролей (особенно со сменой ролей) на психотерапевтическом сеансе также облегчает диагностику коммуникативного стиля. В идеале каждый член семьи учится смотреть на проблему глазами другого члена, видеть и чувствовать проблему из позиции другого. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например, интеллектуализацию и дает возможность заменить однообразие интервью на активность и действие.

Социометрические приемы и техники. Сама рассадка членов семьи уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение рассадки меняет границы семьи. Попросив двух членов семьи, которые не общаются друг с другом, сесть рядом или друг напротив друга, используя приемы «семейная скульптура», «семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты и дает возможность отреагировать эмоции.

Преимущества социометрических техник и приемов заключаются в следующем:

1. Они дают возможность уменьшить монотонность семейной дискуссии, наглядно изображая семейные конфликты через «терапию действием».

2. Они помещают прошлое, настоящее и будущее в ситуацию «здесь и сейчас».

3. Они усиливают и кристаллизуют ролевое поведение членов семьи.

4. Они представляют собой своеобразную форму метакоммуникации. Пациенту легче бывает показать суть конфликта, чем рассказать о нем. Когда треугольники, альянсы и конфликты наглядно и символически изображены, появляются различные возможности для взаимодействия на основе чувств в их тончайших оттенках.

5. Они дают возможность психотерапевту прямого вмешательства в семейную систему.

Это видно из следующего наблюдения.

«Идентифицированный пациент», Лена, 18 лет. Диагноз: нервная анорексия. На одном из занятий, используя социометрический прием «семейная скульптура», расположила членов своей семьи в пространстве как бы стоящих к ней спиной, когда она здорова, и повернувшихся к ней лицом и протянувших руки, когда больна. Благодаря этой технике удалось быстро выяснить семейное правило дисфункциональной семьи: «Мы объединяемся только в болезни и горе» — и перейти к реконструкции семейных отношений.

Определение границ. Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом психотерапевту для проработки с семьей. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Иной раз возникает ситуация, когда ребенок уверен, что он

отвечает за действия одного из родителей, и пытается контролировать его во всем. «Расчерчивание границ» может начинаться с вопроса, кто за что отвечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии члены семьи должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность. Проиллюстрируем это следующим примером.

Надя К., 22 года, обратилась с жалобами на неумение справляться с проблемами, суицидные мысли, отсутствие аппетита и насыщения от еды.

Наследственность психопатологически не отягощена. Старшая сестра матери страдала болезнями желудочно-кишечного тракта, у матери хронический панкреатит.

Между супругами с 5-го дня их знакомства возникли ссоры. Когда мать забеременела, то ребенок был желанным для родителей, но мать сомневалась, женится ли на ней отец будущего ребенка. Отец при рождении дочери дал ей свою фамилию, а брак зарегистрировал только спустя год. Мать считала, что женился он на ней не по любви, а только по физическому влечению. Полагала, что муж требовал от нее соответствия придуманному им имиджу. Упреки мужа касались чаще всего неумения жены планировать хозяйство, неэкономной траты денег. Жене не нравилось, когда муж сравнивал ее с другими женщинами, воспринимая это как «Я — плохая». Отец — морской офицер, привык к распорядку дня как на корабле. Трудно переключаем. Испытывал дефицит общения, считал, что с ним обсуждалась только тема денег, еды. С подругами, с его слов, жена зато могла говорить часами на разные темы, к ним он супругу иногда ревновал. Когда жены нет дома, с дочерью также сложно было общаться, так как та занята уроками. В течение многих лет нарушены интимные отношения между супругами, из-за якобы периодически обостряющегося панкреатита и ночных болей у жены. Через 10 лет супружества отец Нади часто спал на раскладушке в проходной комнате. Еще через 5 лет у отца появилась любовница, по поводу которой жена устраивала ему сцены. Через несколько лет они оформили официальный развод, и, по требованию дочери, отец был переселен в отдельную квартиру, так как часто не ночевал дома.

Несмотря на развод, мать тесно поддерживала контакт со свекровью. Сама она рано осталась без родителей, а в семье мужа приняла правило «мать обижать нельзя».

Сложности беременности начались с 12-й недели: первая госпитализация была обусловлена низким АД, затем — повторная госпитализация перед родами в связи с гипертонусом матки. Роды длительные в срок. Закричала сразу. При рождении обнаружена гематома на лбу, которая в настоящее время становится заметной при волнении. Сразу приложили к груди, сосала молоко хорошо. В 4,5 мес у матери исчезло молоко — ребенок переведен на искусственное вскармливание. Девочка рано начала ходить и говорить.

Когда переехали в город С. в возрасте 1 год и 7 мес, сильно реагировала на световой день, вскоре перестала спать днем. При попытке определить ее в ясли заболела коньюктивитом, затем ОРВИ, осложнившейся пневмонией. Проведена пенициллинотерапия в стационаре.

В 2 года 8 мес пошла в детский сад. Первое время плакала, затем адаптировалась и ходила туда с удовольствием. Росла активным, жизнерадостным ребенком. Охотно контактировала с детьми, рано начала читать. Проживая в коммунальной квартире, поддерживала теплые отношения с соседями.

В старшей группе детского сада возникла следующая проблема: пожилой воспитательнице чем-то не понравилась мама, и она вымещала отрицательные эмоции на ее дочери: игнорировала при распределении ролей на утренники, порвала новогоднюю открытку от отца, приславшего ее из морского похода. Отец, возвращаясь из рейса, привозил шоколадки. Девочка их ела редко, чаще раздавала другим детям.

В школу пошла подготовленной с 7 лет, со 2-го класса совмещала обучение в музыкальной школе. Все задания выполняла тщательно. До 7-го класса были подруги, затем в связи с очередным переездом растеряла их. В 14 лет у многих девочек уже были месячные, и мать хотела подготовить дочь к этому событию, но она отвергала ее «уроки». Месячные начались с 14,5 лет.

После окончания 9-го класса начала обучение в музыкальном училище. Поступать туда не хотела, но своего мнения не было, поэтому положилась на волю родителей. Учиться было трудно, долго сидела за инструментом. Меньше стала общаться с подругами.

На III курсе семья переехала на новую квартиру, девушка совсем отказалась гулять. Возник конфликт с педагогом, самолюбивой дамой, требовавшей много работы от учеников. Однажды в присутствии других ребят учительница бросила реплику девочке, что в ней нет яркости и души. Один раз ударила ученицу по рукам. Надя очень переживала эти инциденты, заявляла, что бросит училище. С трудом его закончила с твердым убеждением не быть педагогом.

Устроилась на работу ассистентом звукорежиссера на телевидении в городе М. (родители в очередной раз переехали). Ей там правилось, но была скована при общении. Дружившие с ней девочки уговорили посещать шейпинг. Охотно согласилась, желая ликвидировать «толстые ноги». На шейпинге тренер сказала, что у нее лишние 8 кг. Начала соблюдать различные диеты, питалась по Брегу. Отец пытался протестовать, считая, что в 17 лет развивающейся девушке необходимо есть мясо. В этот же период во время родов умирает двоюродная сестра. Была на похоронах, там ей стало плохо, вызывали скорую помощь. Врач после осмотра сообщил матери, что у девочки уже два месяца отсутствуют месячные и ее необходимо показать гинекологу. Диагностирована анемия и гиперфункция щитовидной железы. Принимала йодистые таблетки, прошла курс инъекций прогестерона — месячные не появились. Одновременно на УЗИ обнаружена зарубцевавшаяся язва желудка (со слов матери). Летом того же года была госпитализирована в клинику. Осталась впервые без родителей на 2 мес. После лечения месячные один раз появились, затем вновь исчезли. Продолжила работать на студии в городе М. Есть не хотелось совсем. «Съедаю немного пищи, а ощущение, что съела много, в желудке какой-то ужас, и пища царапает его стенки». Хотелось попробовать сладкого, пыталась съесть, по тут же возникала рвота. Однажды днем, когда осталась одна дома, разбила из-за сильного напряжения стеклянную дверь.

Обратились к психотерапевту. Он сообщил, что ничего не находит у девочки, но предложил обследоваться в дневном стационаре. Девушка вела записки о рвотах и потере массы тела. В этот период она составляла 48 кг при росте 172 см. Впервые после осмотра психиатра прозвучал диагноз: «нервная анорексия». Для девушки это не оказалось новостью, она уже читала об этой болезни. В городе М. не смогли предложить адекватного лечения, поэтому родители договариваются о госпитализации в клинику неврозов. Находясь в стационаре, принимала антелепсин, трифтазин. Состояние было угнетенное. Возможности вызвать рвоту не было, хотя все время думала об этом. После выписки из клиники через 1 мес совершила попытку самоубийства, приняв 2 упаковки транквилизатора. Мотивы суицида объяснила проблемами еды и ссорами из-за нее родителей. Суициду предшествовал очередной скандал между родителями. Отцу звонили любовницы, мать упрекала его за это, а тот «опускался до уровня грузчика». После суицида была направлена в городскую психиатрическую больницу. При поступлении заявляла, что не любит отца, затем об этом пожалела, и при встрече его обняла. Сообщила, что когда выпишется, расспросит про морские походы. В больнице с удовольствием ухаживала за больными, помогала персоналу. Проблемы с едой сохранялись. Психолог, проводивший исследование в плане профориентации, рекомендовал ей выбрать специальность библиотекаря или медицинской сестры.

Так как после переезда в другой город она осталась безработной, то предложение в центре занятости пойти на годичные курсы медицинской сестры восприняла положительно. Одновременно обратились к психотерапевту.

Психический статус: при первой встрече напряжена, затем охотно отвечает на все вопросы. По характеру педантичная, склонная к перфекционизму. Свои потребности считает минимальными. Из отрицательных качеств характера указала жадность. Зависима от мнения матери. Бредово-галлюцинаторной продукции не обнаружено. Сообщила, что после смерти сестры полагала, что никогда не будет иметь собственных детей, но была на практике в роддоме и сказала отцу, что ей «это» понравилось. В момент осмотра суицидные мысли отрицает.

При планировании объема психотерапевтических вмешательств мы исходили из того, что симптом существует уже несколько лет, имеют место нарушения личностного развития и микросоциального окружения — это потребует сочетания индивидуальной и семейной психотерапии. Родители на данном этапе к семейной психотерапии не были готовы, фиксированы на проблемах «носителя симптома».

Индивидуальная психотерапия по своей структуре была когнитивно-поведенческой, в ней предусматривалась серия домашних заданий. Приводим отрывки из домашнего сочинения пациентки: «Жила-была девочка. Очень она любила размышлять. Думала она, думала и надумала однажды, что жить ей незачем. Решила пойти к реке и утопиться. Собралась и пошла. Дорога была длинной, и, чтобы скоротать время, стала она размышлять, как же дошла до такого решения. И вот о чем она думала дорогой к реке. Хотелось ей быть хорошей, доброй, веселой, но не получалось. Нет, иногда получалось, но в такие минуты она вдруг задумывалась: «Что-то уж слишком хорошо получается, так долго не продлится; наверное, все испортится». Даже страшно становилось. И мысли ее подтверждались: настроение вдруг портилось, глаза тускнели. «Ну вот, так я и думала». А зачем тогда жить, если не получается так, как хочется. Проще тихонечко

исчезнуть, и все будет просто. Вернее, ничего не будет. Не будет и страха, который очень часто посещал девочку».

В ходе индивидуальной психотерапии была создана мотивация для участия в психотерапевтической группе, которая для нее служила и этапом семейной психотерапии, задачей которой было расчерчивание границ между подсистемами (вначале был категорический отказ).

В психотерапевтической группе на первом занятии заявила о своей цели — стать более независимой от чужого мнения. На втором занятии была выбрана в качестве «вспомогательного эго» другой пациенткой с нервной анорексией по имени Маша, 18 лет.

Надя была очень взволнована, на следующем занятии работала над своей проблемой взаимоотношений с родителями. Становилось ясно, что дальнейшее ведение пациентки без подключения к индивидуальной работе семейной психотерапии бессмысленно. На первый сеанс пришел отец Нади, причем сам попросил его принять отдельно. С собой принес наброски некоторых воспоминаний, которые посчитал полезными психотерапевту.

Из воспоминаний отца Нади. «С начала семейной жизни частые ссоры в присутствии дочери. Во всех ссорах звучала только оценка своего положения («я», «мне плохо»), ни про ребенка, ни тем более о том, что мне тоже может быть плохо, речи не велось. Я всегда просил не выяснять отношения в присутствии дочери. Реакция нулевая. В этих поступках я видел преднамеренное желание отдалить от меня ребенка. Наталья в первые годы брака в моем присутствии молчалива, а с подругами и в гостях не умолкает, ведет себя подчеркнуто независимо. Меня это бесило, вызывало взрывы грубости с моей стороны. Очевидно, Наталья Александровна избегала меня (я ее чем-то подавлял, на все замечания — реакция неадекватная). Жена была (на Севере отмечала частые головные боли) со мной и ребенком суха, сдержанна, мало эмоциональна. Только отрицательные установки — все плохо. В наших отношениях никогда не было теплых, доверительных, искренних отношений. Не было воспоминаний о чем-то хорошем, задушевных разговоров, обсуждения прочитанного, увиденного. В доме царила гнетущая, мрачная атмосфера. Меня тяготило молчание, раздражительность и вечное недовольство. Дом не стал местом общения и теплоты. Я срывался, выпивал, несколько раз проводил беседы о наших отношениях (в том числе, интимных), влиянии их на ребенка, пытался выработать взаимную позицию. Не смогли. Возникла длительная конфликтная ситуация.

Дочь росла пуританкой: с мамой о созревании отказалась говорить, ее возмущали разговоры о женщинах, мои ласки отвергала. В противовес маминому болезненному отношению к чистоте проявляла неряшливость, меня избегала, разговаривала лаконично: да — нет — не знаю (имитация маминого стереотипа). Я сяду к телевизору — она уходит. Когда она лежала в больнице, ей поставили диагноз «тормозное развитие личности».

Что меня волнует?

— поведенческие стереотипы (имитация моего и маминого поведения);

— страх повзросления, полового созревания, хотя хочет иметь детей;

— «Если любовь неудачная?»;

— неуверенность, доминанта с едой;

— боязливые черты характера;

— Надин распорядок;

— контроль с нашей стороны».

На следующий сеанс пришли оба родителя, участвуют двое психотерапевтов Светлана и Сергей.

Приводим отрывок из сеанса семейной психотерапии, проведенного через неделю после занятий Нади в психотерапевтической группе.

С.: Какие изменения произошли за этот период?

Н.: Только вчера рассказала о работе в группе маме. Неожиданно столкнулась с проблемой позднего возвращения. Тетушка сказала, что не пустила бы домой и высказала это маме.

М.: Отношения тесно связаны в нашей семье.

С.: Не связаны ли проблемы контроля в семье с контролем за едой?

М.: Всю жизнь так было. Принято заставлять есть. Если я проголодалась — выпью чашку кофе, и порядок, а в моей семье и семье мужа правило завтрак-обед-ужин — это традиция.

С.: Сможете перечислить правила семьи?

Все члены семьи перечисляют правила: необходимо питаться 3 раза в день; в выходные обед есть дома всем вместе; обязательно чистить обувь; после еды вымыть посуду; ложиться спать в 23 часа; прежде выполнить все дела, а затем отдыхать; громко не включать телевизор; не приводить гостей, если нечем угощать; поздравлять родственников с праздниками; наносить визиты родственникам; днем поесть хорошо (отец); не расстраивать бабушку проблемами; о неприятностях другим не говорить (мама). Сергей еще раз зачитывает правила. Мать добавляет: «Слушаться старших, ежедневно звонить родственникам».

С.: Надя, чтобы бы ты для себя хотела?

Н.: Самостоятельно выбирать друзей и хоть раз сходить на ночную дискотеку. Еще не хочу ездить на день рождения к бабушке, так как слышу упреки матери о моем воспитании, не хочу отчитываться перед родственниками о проведенном дне, хочу одеваться как мне нравится.

Св.: Что тебе мешает это осуществить?

Н.: Когда я вижу, что человек нравится, я думаю, как на это посмотрит мама.

С.: Почему Надя смотрит глазами матери?

О.: После окончания военно-морского училища я отошел от семьи и жестко придерживался только одного правила: в Новый год поздравить мать и быть у нее дома. Наташа (жена) после переезда в другой город более тесно стала общаться с моей матерью и сестрами и сама приняла их правила.

С.: Не получается ли, что Надя грубит бабушке, отстаивая свою территорию, а когда не ест — наказывает мать за что-то?

Н.: У нас семья «Тайны мадридского двора». Я хочу честности и искренности в отношениях. Находить решение проблемы, а не управлять чувствами другого. Мне надоел диктат: «Ты должна взять себя в руки».

Родители молчат. Идет работа с семьей по реконструкции и модификации некоторых правил. Например, съездить поздравить бабушку, но долго не сидеть за столом, сославшись на необходимость подготовки к зачетам (приближается сдача экзаменов на курсах).

Св.: В группе ты себя не воспринимала женщиной?

О.: У нас табу на вопросы пола в семье.

Св.: Об этих вопросах мы поговорим на следующем занятии. Чем ты можешь поддержать папу?

Н.: У нас с ним нормальные отношения.

Св.: А чем папа тебе может помочь?

Н.: Встретить с ночной дискотеки.

Отец улыбается. Мать сообщает, что ей в голову никогда не приходило, что может быть связь между правилами семьи и болезнью Нади. Окончание сеанса.

В данной дисфункциональной семье симптом удерживался несколькими факторами: многообразными семейными правилами и запретами, контролем со стороны старших женщин за девочкой, нарушенной коммуникацией внутри семьи (нарушены границы между подсистемами, перепутаны роли в семье, длительный супружеский конфликт разрешался через дочь). Игнорирование «семейного диагноза» лечившими прежде девушку специалистами привело к хронизации заболевания, сочетанию нервной анорексии с личностным расстройством и потребовало в итоге около 20 сеансов индивидуальной, групповой и семейной психотерапии. Катамнез: работает медсестрой в военном госпитале, ремиссия основного заболевания.

Предоставление заданий. Задания могут даваться во время психотерапевтического занятия или в виде домашних заданий. Если обсудить какую-либо проблему в присутствии психотерапевта или попросить главу семьи помолчать 5 минут, а малоразговорчивого члена семьи рассказать о той или иной проблеме, то это может быстро привести к позитивным сдвигам за счет создания равенства позиций. Отцу, отказывающемуся от поездки, можно рекомендовать осуществить ее. Сыну, который чаще общается с матерью, предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр или на концерт. Мужу — сделать сюрприз жене, не сообщая ей об этом. Любой совместный эксперимент может оказаться полезным. Психотерапевт прямо не работает с симптомом. Если симптом другого члена семьи исчезает прежде, чем у «идентифицированного пациента», семья может прекратить лечение. Симптом может быть усилен с помощью парадоксальных приемов для лучшего осознания семьей его необходимости. Так в случае алкоголизма у мужа, жене, которая все годы супружества контролировала мужа, предлагается вести независимый образ жизни (например, поехать одной в туристическую поездку).

Психотерапевтическая работа с одной подсистемой. Заслуги стратегической семейной психотерапии, специфика которой характеризуется активными попытками терапевта сделать членов семьи ответственными друг за друга, формированием терапевтических альянсов, более частыми по сравнению с другими подходами встречами с членами семьи по отдельности, иногда приводят к возможности работы с «идентифицированным пациентом» заочно. Такая ситуация нередко возникает в случае прихода одного из значимых членов семьи и отказа на встречу с психотерапевтом другого члена семьи. Исходя из принципов системной семейной терапии ставится следующая цель: при изменении поведения одного члена семейной системы, — у другого есть шанс тоже измениться.

Семейная психотерапия пациентов с алкоголизмом и наркоманией (аддиктивным поведением). Можно выделить общие цели, которых должна достичь семейная системная психотерапия в комплексной реабилитации подростков-наркоманов: 1) определить наркоманию как семейную проблему; 2) выявить, какие факторы в семье поддерживают злоупотребление психоактивными веществами подростком; 3) уменьшить сопротивление семьи к лечению; 4) прервать повторяющиеся конфликты между членами семьи; 6) восстановить влияние родителей на подростка (семейную иерархию); 7) найти ресурсы семьи и подростка, способные усилить сопротивляемость стрессу; 8) подобрать индивидуальные стратегии вмешательства для реконструкции семейных отношений; 9) разрешить личностные проблемы родителей, поддерживающие симптом (зависимость от психоактивных веществ).

Каждое направление семейной психотерапии выработало определенные позитивные стратегии в работе с подростками, злоупотребляющими психоактивными веществами. Обобщая лучший зарубежный опыт психопрофилактики наркомании, отечественные психологи постепенно приобретают собственный, учитывающий особенности российских семей (Кулаков, Ваисов). Средовые (социальные) факторы наиболее сильные предикторы аддиктивного поведения. Наибольшее значение приобретают нарушения семейного контекста. При сборе семейного анамнеза следует обратить внимание на детальное описание семейного функционирования, включая прародительскую историю потребления психоактивных веществ, наличие текущего семейного кризиса, ранние детско-родительские конфликты. Наличие дисфункции семьи и тщательный анализ ее составляющих важен не только для лечения и психопрофилактики аддиктивного поведения, но также и прогноза результатов лечения.

Семейная психотерапия аддиктивного поведения начинается с выдвижения гипотезы о том, что прием психоактивных веществ возник в результате дисфункции семьи. Это проблема не только семьи, но и микросоциального окружения, с которым пациент взаимодействует. Хотя бы раз следует собрать всю семью для проведения интервью и составления семейного диагноза — «карты семьи». С началом интервью гипотеза проверяется реальной семейной ситуацией. Если семейная ситуация не изменится, у пациента возможен рецидив нарушения поведения, несмотря на предпринимаемые меры. Работа с семьей начинается с присоединения как к семейной системе, так и к каждому ее члену. Акцентируется внимание на вербальном и невербальном поведении участников встречи и «картине» их взаимодействия. Нейтральная позиция и сохранение статуса «эксперта» — важная задача психотерапевта. Если последний отступает от этого правила и присоединяется к проблемному пациенту — нередко происходит «срыв» психотерапии.

В ходе диагностических сеансов полезным приемом может оказаться применение циркулярного метода опроса, заключающегося в том, что психотерапевт использует предыдущую информацию с целью постановки последующих вопросов членам семьи для выяснения отношения между ними. В отличие от прямых вопросов о внутрисемейных взаимоотношениях такая техника дает более существенную информацию как психотерапевту, так и семье. Интервью рекомендуется начинать с инициатора обращения, так как он несет большую ответственность за семью. Реакции одного члена семьи провоцируют то или иное поведение другого, что в свою очередь закрепляет поведение первого. Ярким примером подкрепляющего поведения является сверхвнимание, получаемое «носителем симптома» от других членов семьи. Попытка психотерапевта изменить сложившиеся стереотипы приводит к сопротивлению членов семьи, а также к усилению или хронизации симптоматического поведения.

Гипотеза подтверждается, когда обнаружена связь между появлением симптома у его «носителя» и взаимоотношением в семейной системе. Во время консультирования психотерапевт создает условия для разделения ответственности за проблему между всеми членами семьи — выход на «один уровень». Например, если семья приходит с установкой, где все обвиняют пациента в «плохом поведении», то вопросы типа: «Кто еще ведет себя подобным образом?» или «Почему брат ведет себя хорошо?» — будут стимулировать принятие ответственности за создавшуюся ситуацию всеми членами семьи. Можно использовать гипотетические вопросы,

начинающиеся с «если». Они помогают психотерапевту уменьшить сопротивление и раскрыть истинность обращения.

Конфликты между другими членами семьи игнорируются и минимизируются, пока «идентифицированный пациент» не придет к «норме». Прекращая злоупотреблять психоактивными веществами, «носитель проблемного поведения» усиливает нестабильность семьи. Родители имеют шанс развестись или заболеть. Увеличение приема психоактивных веществ — частая картина стабилизации семьи. Если психотерапевт объединяется с родителями против проблемы пациента, они становятся его союзниками, и пациенту нет необходимости их «спасать».

Рекомендуется избегать обвинения родителей и искать подкрепляющие методы для последующего решения проблем. Следует стимулировать родителей говорить о своем проблемном родственнике в положительном ключе, искать его ресурсы. Исследовать, что помогало семье решать подобные проблемы в прошлом. Предполагается, что на данный момент семья находится в кризисе, и «носитель симптома» отражает его. Например, можно сообщить семье, что Таня злоупотребляет алкоголем для поддержания внимания к ней родителей, или Иван делает такие вещи, которые жена считает неприличными, но делает это для сохранения брака.

Наличие множества собственных «нерешенных» проблем в «родительской подсистеме», проецируемых на «детскую подсистему» (особенно в случаях нарушения границ между подсистемами по типу «запутанного клубка» по Минухину), служат причиной рецидивов аддиктивного поведения. Следует рекомендовать таким родителям включиться в тренинг родительской компетентности, посещать группу поддержки родственников, имеющих в семье больного алкоголизмом или наркоманией, или получить любую другую доступную в данном регионе форму психологической помощи. Недоучет этих положений приводит к срыву психотерапии и рецидиву девиантного поведения, как показано в следующем наблюдении.

Ростислав, 16 лет. Обратился с жалобами на эпизодическое (в течение последних полгода) злоупотребление наркотиками (героин). Перед посещением психотерапевта не принимал их уже 3 недели, хотя тяга сохранялась.

Генеалогический и семейный анамнез. Бабка, 62 года, хорошо организованная, властная, стремящаяся всех держать под контролем, решать все проблемы за других, далее если в ее советах не нуждаются. Все дела пытается сделать на «отлично». Профессионально не реализовалась, что является болью ее жизни. На госэкзамене в педагогическом институте получила двойку и осталась без диплома. С тех пор хочет реализовать себя в детях. Больна сахарным диабетом, гипертонической болезнью, перенесла инсульт.

Дед, 63 года, мир видит в черных красках, так как ему тяжело дышать из-за бронхиальной астмы с 30 лет. Требует к себе повышенного внимания. У него сформировалась установка: если его не обслуживают, значит обижают. К Ростиславу особенно придирчив, упрекает за мелочи, прогнозирует судьбу пессимистически, постоянно говоря, что он закончит жизнь в тюрьме.

Мать, 41 год, всегда была послушной девочкой, отказывая себе в удовольствиях. Родители постоянно манипулировали ею и добивались своего, до сих пор идет им на уступки, спрашивает совета в ответственных ситуациях у своей матери. Когда у нее был инсульт, мать чувствовала себя потерянным ребенком.

Отец, 40 лет, эгоцентричен, безответствен, ревнив, жесток. В подростковом возрасте участвовал в драках. Мать познакомилась с будущим мужем на курорте. Дважды сидел в тюрьме за спекуляцию и грабеж. Было конфисковано все имущество матери и ее родителей, им пришлось торговать клюквой, чтобы обеспечить свое существование. Родители развелись, когда сыну было 3 года. Окончательно отец исчез из поля зрения семьи, когда мальчику было 7 лет. В семье имеется табу на криминальное прошлое отца.

Анамнез жизни. Беременность была незапланированной, но ребенок был желанным для матери. Протекала беременность с токсикозом, патологической прибавкой массы тела. Кроме того, вынашивать ребенка пришлось на фоне бессонных ночей в связи с окончанием вуза и постоянной ревностью мужа (он ревновал как к женщинам, так и к мужчинам). Роды в срок. До 3 мес Ростислав был очень беспокойным, плохо спал, особенно было нарушено засыпание, просыпался всегда с плачем. На первом месяце жизни срыгивал и запрокидывал голову. С засыпанием проблема остается до сих пор. Боялся темноты, разговаривал во сне, просыпался от кошмарных снов, которые утром не мог вспомнить. Развивался по возрасту. Говорить начал с 1,5 лет. В 2,5 года знал все буквы, читать начал в 4,5 года. Всегда отличался хорошей памятью. С 5 лет стал посещать музыкальную школу, в 6 лет — класс скрипки. Справлялся с программой хорошо, но

ходил на занятия без желания. Когда мальчику было 7 лет, вновь «объявился» отец, и мать «водила сына за руку», оберегая его от осуществления угрозы отца похитить ребенка.

Во время учебы в младших классах мать и бабушка организовывали его время, чтобы мальчик везде успевал, иногда помогали делать уроки. На прогулки времени не оставалось. Он всегда завидовал ребятам, которые могли гулять. Постепенно в семье сложилась традиция: мальчик свое время сам никогда не распределяет, уроки делает, когда скажут (а если не сказали — он их не делал). Оценки его не волновали, тем не менее с программой школы справлялся. В 8-м классе закончил музыкальную школу.

До 13 лет был полным, но по этому поводу не «комплексовал», а когда похудел, — долго не мог привыкнуть к новому состоянию. В подростковом возрасте стал очень привлекательным, обаятельным, пользовался вниманием девочек. Конфликтов не любил. В 14 лет стал увлекаться музыкой группы «Кино», появилось много знакомых «неформалов», стал посещать тусовки в «трубе» и проводил там много свободного времени. Сочинял стихи и музыку, любил петь. Бывал на рок-концертах, попробовал там покурить «травку», затем стал курить ее чаще, а летом курил постоянно. Резко ухудшилась память. Мать ничего этого не замечала, кроме появившейся раскованности, развязности. Телефон стал работать как «горячая линия», участились контакты с ровесниками, которые были быстротечными. До этого времени никогда не был лидером, но в 14 лет к его мнению стали прислушиваться. Мать пыталась его контролировать (старые стереотипы коммуникации), встречала с дискотек, ходила за ним в школу, отслеживала его звонки. Он внешне стойко сносил ее опеку, но пытался врать, прятаться, не приходить домой вовремя. О любви, доверии, близости в семье не было принято говорить.

Мать поддерживала у мальчика уверенность, что отец любит его, выискивала хорошие светлые воспоминания, рассматривала с ним его фотографии. Иногда отец звонил, но с юношей разговаривать не хотел. Алиментов не платил. Когда Ростиславу исполнилось 16 лет, позвонил отец, сообщив, что он в Петербурге и хочет прийти к ним. Подросток долго готовился морально к этой встрече, плохо спал. Встреча состоялась. Отец говорил о своей новой семье и детях, а Ростислава ни о чем не спросил. Уходя сообщил матери, что раз она выписала его без проблем из квартиры 9 лет назад, она должна купить ему комнату в Петербурге, иначе он будет мстить ей через сына (сделает его наркоманом). Юноша переживал свое разочарование в отце (его угрозы от него вновь скрыли). У мальчика резко снизилась самооценка, поведенческие реакции в значительной степени усугубились, перестал ночевать дома, время проводил на тусовках, пробовал «грибы», «колеса», пока не остановился на героине, который он вдыхал вначале через нос, но несколько раз вводил внутривенно. Регулярно 1,5 мес потреблял героин, затем решил «завязать» в связи с появлением болей в кишечнике, жидкого стула и резкого снижения настроения. Перестал ходить в школу, лежал в постели, отвернувшись к стене.

Сопутствующие заболевания и симптомы: беспокоят периодические мигренеподобные головные боли, усиливающиеся при утомлении. В 14 лет обнаружена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Инфекционный гепатит отрицает.

Так как подросток обратился в период начала работы группы, ему было предложено пройти групповую психотерапию. Приводим выписку из протоколов групповой психотерапии.

На первое занятие опоздал. Вел себя манерно, сидел в нарочито расслабленной позе, хотя лицо было напряжено. Изменил позу, когда стали говорить о нем, беспокойно задвигался. Представил себя как творческого человека, сообщив, что знаком с наркотиками, периодически появляется тяга к ним, хочет разобраться в причине этого, а во время рассказа следил за реакцией окружающих. Истории ребят слушал с видимым интересом. В игре «3-й лишний» сначала ходил не спеша, затем взял на себя роль ведущего и остался в числе выигравших. В дальнейшем сидел, покачиваясь на стуле, в новом упражнении быть первым отказался. В игре «Магазин старых игрушек» выбрал игрушку-обезьянку, назвав ее Мартиханом. В рассказе от имени мартышки прослеживалось 2 героя: отрицательный — девочка Балбесиха и положительный — 18-летний мальчик «сильный духовно». Ростислав отметил, что владелец игрушки должен быть «ищущим, не обывателем, не серым, выдающимся», добавил, что можно всех веселить, даже в ущерб себе. В конце дня сообщил, что начал себя жалеть, что «трудно раскрываться».

Второй день начал с разговора о потерях. Рассказал про друга-наркомана: «Ярчайший пример, когда наркотик съел всю сущность человека, осталась только оболочка. Он для меня потерян». С большим интересом слушал рассказы других, при этом щипал руками губы. В игре на ассоциации назвал себя «адаптером». Другим ребятам задавал только закрытые вопросы со множеством перечислений, часто используя жаргонные слова. В конце дня сказал: «Я замыкался в себе, только сейчас это понял. Хочется вытащить пробку, чтобы все это рассосалось. Сначала не верил в

полезность группы. Боюсь остаться с самим собой, чувствую себя зависимым от этой обстановки. Сейчас мистическое ощущение, что обстоятельства сложились в мою пользу».

В течение 3-го дня уже явно прослеживалась лидерская позиция. Ребята обращались к нему за советом, ласково называя Ростиком. Последнее слово в группе оставалось за ним. По сравнению с первым днем выглядел гораздо менее напряженным, исчезла манерность в поведении. Был расстроен отсутствием Леши (другой лидер в группе). Сообщил, что закрылся, хотелось побыть одному. На приход Леши реагировал очень эмоционально, улыбался, много говорил. Во время игры в сказочное животное сначала выбрал роль подсознания животного, но потом стал его желудком. После игры жаловался, что ему не дали пищи, подчеркнул, что это напоминает его жизненную ситуацию. После обсуждения Димы был явно расстроен, нашел аналогию с собой: «Это похоже на меня, я тоже хотел плыть по течению. Не думал, что могу сам для себя что-то сделать. Мне стало обидно и я почувствовал в себе силы перейти на другую сторону». После того как одна из участниц группы отдалилась от него, сообщил: «Наверное, я боюсь затронуть то, о чем нельзя говорить». Очень четко помог сформулировать проблему другого участника группы, поддерживал его в постановке психодрамы.

Следующий день Ростислав начал с рассказа о потере друга, который «сел на героин». «У нас был культ героина — это порошок, имеющий силу небес, но сейчас мой друг принимает большие дозы, уплывает и не понимает, что может задохнуться». Согласился с психотерапевтом, что может помочь другу только, если сам разберется со своими проблемами. Сообщил, что он понял сегодня, что жизнь продолжается, ему стало легче. Согласился работать над своей проблемой. В качестве разогрева психотерапевт использовал метафорическое изображение его проблемы: шприц, вложенный в пластмассовую бутылку. Один из участников сказал, что это внутренняя проблема Ростислава. Была разыграна сцена, в которой психотерапевт играл роль джина-шприца, выпущенного из бутылки. Вначале Ростиславу было трудно включиться, говорил, что привык уходить от ответственности, страшно смотреть проблеме в глаза, жалел себя, чувствовал себя подавленным. Признался, что вчера «сорвался с травой». Обращаясь к шприцу, заметил: «Ты можешь унести меня от всех проблем, я не могу жить этой серой жизнью... ты унесешь меня в страну, где нет забот, где я лучше всех... с тобой я вдыхаю безответственность... Ты сильный, опытный, ты меня поддерживаешь. Если ты уйдешь, остается серость... Для чего я живу?! Чтобы быть как все...Я не хочу уйти бесследно, на меня давит реальность». Психотерапевт (в роли шприца), доводя ситуацию до абсурда, рисовал красоты своего сказочного мира, подчеркнул, что в награду за это он сделает его своим рабом. Ростислав напрягся, пытался оттолкнуть «джина», сопротивлялся призывам «джина-шприца» унести юношу в его царство. В качестве альтернативы второй психотерапевт предложил исследовать будущее подростка через 5 лет. Было предложено пройти несколькими дорогами: 1-я с наркотиками (Ростислав идет медленно, погружен в себя). «Через 3 года умрет душа, а через 5 лет и тело». 2-й путь без наркотиков (подросток идет по нему вяло, с грустным лицом, ссутулившись). «Дальше все отлично, как все. Без широты души... В 40 лет достигну чего-то, будут мысли о самоубийстве»... На вопрос о детях, лицо просветлело, плечи несколько выпрямились. Психотерапевт показал Ростиславу со стороны, что он может дать сыну другую жизнь, чем была у него. Ростислав не реагировал: «Я отключен, приду домой и буду видеть все тот же канал...». Ему предложили пройти еще по 3-му пути, но уже ближайшего будущего, предлагая альтернативы и выбор. Здесь подросток шел охотнее, легче, лицо ожило, появился интерес, плечи распрямились. Пройдя увереннее этой дорогой, он подобрал шприц и выбросил его в открытую форточку (в группе — аплодисменты). Во время обсуждения сидел молча, ни на кого не глядя.

На следующий день выглядел менее подавленным, сообщил, что ему понравилось, когда его не жалели. Но было обидно за себя, так как осталось ощущение, что «из него все вынули, а обратно не положили». Испытывал беспомощность, бессилие. Сомневался в выбранном пути. Это напомнило ему ситуацию, когда в семье за него решали проблемы и навязывали свое мнение. Психотерапевт предложил ему самому выбрать путь. Ростислав парировал, что он не готов, не понял свою проблему и роль в ней наркотиков. Участники группы рекомендовали ему начать составлять маршрутную карту своих дорог после окончания занятий, так как на это необходимо время. В процессе дальнейших ролевых игр юноша становился оживленнее, с удовольствием принимал в них участие, много и быстро говорил, находился в постоянном движении.

В последний день опоздал на 40 мин, ребята встретили его радостными возгласами. Испытал удовольствие от встречи, улыбался, сидел в расслабленной позе. В конце занятий сообщил: «Теперь вижу свет в конце туннеля, правда без оттенков, слабый, но я его вижу! Вам огромное спасибо».

После окончания занятий была продолжена индивидуальная и семейная психотерапия. Мать, вначале скрывшая данные семейного анамнеза (особенно криминальное прошлое отца), рассказала сыну всю правду. Ей было предложено также посещать группу «родители против наркотиков», но побывав там несколько раз, прекратила эти визиты (установку на передачу ответственности сыну она так и не приняла). У юноши вскоре наступил рецидив приема психоактивных веществ.

Тренинг родительской компетентности. Разработка данного варианта семейной психотерапии, направленного на реконструкцию одной родительской подсистемы, очень важна, так как он используется в комплексной реабилитации родителей наркоманов. Родственники обычно эмоционально вовлечены в процесс наркотизации своего ребенка или супруга и находятся в психологической и социальной зависимости от него, ориентируясь на удовлетворение потребностей «носителя симптома», подавляя при этом собственные желания. Возникающее психологическое напряжение у здорового члена семьи приводит к появлению различных расстройств, превращая его таким образом во второго «носителя симптома» в семье.

Симптом (наркомания) — показатель наличия проблемы у всей семьи.

Подросток с отклоняющимся поведением выполняет определенную функцию в семье («козла отпущения»).

Реакция членов семьи (недоверие) может мешать борьбе подростка с зависимостью от психоактивных веществ.

Родители составляют значительную часть микросоциального окружения подростка, поэтому изменения в поведении и образе жизни родителей оказывают влияние на его опыт и поведение. Кроме того, семья играет роль защитника психического развития ребенка, и эту ее способность оказывать поддержку можно использовать в психотерапевтических целях.

Термин «тренинг родительской компетентности» соотносится с понятиями «семья как котерапевт» и «руководство родителями». Основы концепции родительского тренинга проистекают из когнитивно-поведенческой психотерапии. Позднее в его методическое обеспечение были включены элементы теории коммуникации, теории деятельности, разговорной терапии, семейной терапии, клинических ролевых игр. Родительский тренинг — это особая систематическая форма работы с родителями.

Как психотерапевтический метод родительский тренинг является опосредованным подходом к психотерапии детей и подростков и опирается на принципы системной терапии. Это означает, что психотерапия с родителями может проходить даже без непосредственного присутствия детей. При этом исходят не из «психотерапевтической одаренности» родителей, а просто учитывают тот факт, что и незначительные воздействия со стороны всей семьи в поддержку специальных психотерапевтических мероприятий по отношению к подростку существенно повышают эффективность психотерапии.

Между тем, концепции родительского тренинга могут иметь более сложные целевые установки: совместная работа с родителями направлена на изменение систем ценностей, способности к переживаниям, а также поведения и образа жизни родителей. Они служат задаче психического оздоровления подростка и способствуют процессу его развития путем достижения взаимопонимания между ними, выработке адекватных форм воспитательного взаимодействия, снятия напряженности, улучшения настроения и обеспечения больших возможностей для преодоления проблем.

Обоснованием для применения тренинга служит признание воспитательной компетентности родителей и их способности совместно влиять на приобретение подростком социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи его развития и помогать в решении трудных проблем.

В соответствии с их индивидуальными возможностями родители включаются в процесс психотерапии подростка как «помощники». Роль психотерапевта — это роль тренера, который стремится содействовать выработке у родителей способности помогать развитию своего ребенка, имеющего психические отклонения.

Родителям, которые ищут помощь в связи с наркоманией у их ребенка, требуется консультация психотерапевта, имеющего специализацию по семейной психотерапии. Они благодарны, если с самого начала чувствуют уважительное отношение к себе со стороны специалиста. Компетентность родителей в вопросах воспитания часто недостаточна, но они не должны уйти с первого приема с усилившимся чувством вины. Многие их них в состоянии научиться психотерапевтическим и педагогическим приемам и эффективно применять их на благо собственного ребенка. Взаимоотношения между психотерапевтом и родителями должны быть тактичными, уважительными и поддерживающими. Поддержка, оказываемая им, должна включать

следующие аспекты: интерес к имеющимся в семье ресурсам, психодиагностика семейной системы, снижение эмоционального напряжения, уменьшение иррациональных установок. Семья должна быть включена в терапевтический процесс, а семейные ресурсы самопомощи с самого начала служат составной частью реабилитации. Форма и содержание работы с родителями и временные рамки сотрудничества должны соответствовать временным и собственным возможностям, способностям, потребностям, ценностным установкам и целям как семьи, так и психотерапевта. Присоединение психотерапевта к родителям означает объединение возможностей помощи со стороны семьи с компетентностью специалистов (кумулятивный эффект). При работе с семьей выделяется время для обсуждения индивидуальных целей каждого родителя. При этом анализируются аффективные, поведенческие и когнитивные ожидания каждого члена семьи.

Родителей приглашают для участия в занятиях за две-три недели до их начала. Им излагают целевую установку тренинга, план и его методику. Выясняется наличие возможных препятствий для совместной работы, например, профессиональная деятельность (занятость) матери или отца, необходимость заботиться о других детях.

Задача семейной диагностики состоит в изучении семейных и психосоциальных условий, имеющих значение для возникновения, поддержания или преодоления семейных конфликтов или психических нарушений. Подросток становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, повторяющихся поведенческих циклов, нарушенной коммуникации. Если семья рассматривается как саморегулирующаяся система, а наркотик — как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой.

Основные проблемы родителей подростков, зависимых от психоактивных веществ (Кулаков): стремление выполнять большинство задач за детей с малых лет и требование самостоятельности в подростковом возрасте; страх передачи ответственности подростку, желание контролировать каждый его шаг; нарушение границ между «Я — Другой»; требование уважения к себе и проявления неуважения к подростку; отрицательное программирование («Ты закончишь жизнь в тюрьме! Твоя сестра конченная наркоманка»); запрет на выражение ряда положительных и отрицательных эмоций; собственный эталон «взрослого поведения», навязываемый подросткам; проекция на него собственных нежелаемых качеств, сравнение его развития со своим жизненным путем; страх перед неизвестным; незнание основных прав личности, способствующих уверенности в себе, подкрепление агрессивного или пассивного способа поведения у подростка; стереотипное общение с подростком по типу «родитель — ребенок» с частыми фразеологизмами типа «должен», «почему», стремление реализовать на подростке собственные недостигнутые цели; отсутствие системы правил в семье, приводящее к полной дезориентировке в выборе жизненного пути; создание чувства вины за принесенные жертвы подростку или обвинение его в болезни родственника.

Выбирая родителей на тренинг, целесообразно объединять тех из них, кто имеет сходные проблемы. При этом лучше объединять не семейные пары, а отдельно отцов или матерей из разных семей. Впоследствии на занятия могут приходить оба партнера: это помогает следить за особенностями семейной динамики. В количественном отношении группа состоит из 6-8 родителей. Тематическая группа способствует обмену опытом между семьями, помогает снять напряжение у родителей, сплачивает их. На занятиях используются такие приемы, как дискуссия, «мозговой штурм», клинические ролевые игры.

Тренингом обычно руководят совместно два психотерапевта. Вначале следует решить, кто из них будет осуществлять введение в тренинг, кто — обслуживать видеоаппаратуру, давать инструкции, руководить ролевыми играми, проводить оценку наблюдаемого и анализировать происходящие процессы.

Предметом родительского тренинга является изменение взаимодействий в процессе воспитания. Анализ интеракций (стереотипов поведенческих взаимодействий) — важнейший принцип родительского тренинга. Особое внимание уделяется отделению родительской подсистемы от детской в семье, восстановлению внутрисемейных границ, формированию прав и обязанностей членов семьи, обучению адекватной коммуникации.

Совместная работа начинается с представления участников друг другу. Задача психотерапевта — быстро избавить родителей от страхов и создать доверие в группе, члены которой имеют общую проблему. Сообщаются правила совместной работы в процессе тренинга: каждому родителю будет предоставлена возможность «показать» свою проблему; в тренинге делается акцент на проигрывании ситуации, а не дискуссии по ее поводу; каждый может в любое время

прервать ролевую игру; каждый может сказать, когда он хочет сделать паузу; каждый отвечает за выполнение правил и сохранение конфиденциальности.

С самого начала необходимы четкие договоренности относительно помещения, времени, необходимости выполнения домашних заданий (родители нередко демонстрируют те же стереотипы, что и их дети!). Тренинг родительской компетентности состоит из шести обязательных и двух дополнительных занятий, проводимых с частотой два раза в неделю. Каждое занятие — тематическое, и его название отражает наиболее часто задаваемые родителями наркозависимых подростков вопросы. Рассмотрим краткое содержание каждого занятия.

Первое занятие носит название *«Что это такое?»*. На нем родители информируются о природе возникновения наркомании. При этом внимание их акцентируется на биопсихосоциальной этиологии возникновения болезни. Родители получают практические навыки диагностики состояния интоксикации психоактивными веществами.

Второе занятие называется *«Что делать?»* и направлено на формирование стратегии поведения родителей относительно своих «девиантных» детей. Основная задача — разделение родительской и детской подсистем (при наличии симбиотической связи между родителем и ребенком), передача ответственности ребенку за те действия, которые направлены на удовлетворение его собственных потребностей. Главное в занятии: «Не делай за ребенка то, что он может сделать сам».

Третье занятие посвящено правилам коммуникации в семье и называется *«Как реагировать?»*. Родители обучаются адекватному выражению собственных эмоциональных переживаний через технику «Я-послание». Еще одной важной темой является заключение семейного договора. Главное: «Не обещай ребенку то, что не сможешь сделать».

Четвертое занятие является продолжением третьего и посвящено возникающим в семье спорным и конфликтным ситуациям. Поэтому оно называется *«Когда реагировать?»*. На занятии особое внимание уделяется выбору места и времени для ведения семейных споров и дается техника ведения конструктивного спора по Кратохвилу.

Пятое занятие посвящено непосредственно семье как системе. Поэтому оно называется *«Где это происходит?»*. Семья рассматривается как целостный организм. Основное внимание уделяется таким аспектам «модели Мак-Мастерса», как контроль поведения, семейные роли и права. Родители знакомятся с признаками гармоничной семьи и наиболее часто встречающимися нарушениями в семьях подростков, страдающих наркоманией.

Шестое занятие посвящено подведению итогов тренинга и называется *«Для чего это было нужно?»*. Основное внимание уделяется таким аспектам, как создание в семье условий, стимулирующих изменение ребенка, а также переориентации родителей от стремления к удовлетворению потребностей ребенка к реализации собственных потребностей (что наиболее актуально при наличии «симбиотической связи» между родителем и ребенком).

Дополнительная программа: выработка возможных действий (два занятия). Она может осуществляться как в группе после обязательного проведения шести занятий, так и с отдельно взятой семьей после окончания курса.

Для решения проблем продумываются и прорабатываются в упражнениях альтернативные воспитательные подходы.

Накопление идей путем совместных размышлений («мозговой штурм»). С мотивированным родителем вначале определяется цель воспитательных усилий (например, устранение поведения, связанного с воровством денег). Затем группа родителей продумывает предложения возможных ситуативных изменений или изменений поведения.

Накопление идей методом проб и ошибок (ролевая игра и видеонаблюдение). Предложение, которое родителю-участнику кажется удачным, проигрывается в ролевой игре. В процессе ролевой игры появляются новые возможности решения проблемы с помощью проб и ошибок, собственного опыта и видеонаблюдения. Решающий принцип состоит в том, что обсуждаются не ошибочные или неудачные попытки, а лишь те действия, которые позволили выявить персональные воспитательные способности или ситуативные возможности родителей, представляющиеся значимыми для преодоления проблемы.

Родительский тренинг — возможное и доступное психотерапевтическое средство во всех случаях, когда родители в состоянии использовать особенности ситуации и собственные воспитательные способности с целью стимулировать развитие своего ребенка.

Следует учитывать нежелательные побочные эффекты. Изменение воспитательных подходов ведет в переходной фазе к неуверенности воспитателя. Это может привести к временному

усилению симптоматики у подростка после родительского тренинга. Поэтому в некоторых случаях улучшение проявляется после определенной латентной фазы. Важно, чтобы родители были осведомлены о возможных критических периодах после проведенной психотерапии и чтобы в эти периоды с родителями и подростком проводились поддерживающие беседы.

Перегрузка в результате семейной терапии в отдельных случаях приводит к возникновению чувства вины у родителей и прерыванию терапии. Сотрудничество продлевают психотерапевтические мероприятия:

— постоянная поддержка родителей;

— тщательная подготовка совместной психотерапевтической работы, чтобы влияние ошибочных решений было по возможности минимальным и мероприятия отвечали потребностям и возможностям семьи;

— учет интересов ребенка, потребностей родителей, жизненных условий и возможностей для совместной работы;

— соблюдение деонтологических принципов в отношении родителей (при сообщении им диагностических и терапевтических специальных знаний следует избегать излишнего теоретизирования и абстрактно-научного языка);

— обучение путем приобретения собственного опыта на основе действий, наблюдения, групповых бесед и ролевых игр;

— минимизация денежных и временных затрат на лечение;

— финансовая и социальная поддержка малоимущим семьям.

Семьи подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, не осознают своей вины и ответственности за возникающую проблему и перекладывают ее на внешние системы и организации.

Древняя мудрость гласит: кто хорошо диагностирует, тот хорошо и лечит. Успешное осуществление реабилитации зависит от правильной постановки «семейного диагноза» и реалистических, достижимых целей каждой семьи.

Таким образом, наркотизация подростка рассматривается как отражение существования в семье какого-либо серьезного нарушения. Поэтому одним из основных показателей эффективности реабилитации подростков, зависимых от психоактивных веществ, является установление благоприятного и спокойного климата в семье. Следует стремиться к гармонизации семейных отношений, а не ограничиваться работой только с подростком. Основная задача — определить, какие нарушения жизнедеятельности семьи могут быть устранены. Психотерапия с родителями включает и помощь семье в тех случаях, когда специалисты не в состоянии вылечить ребенка или изменить течение заболевания, а также когда подросток отказывается от лечения.

Наиболее трудной задачей является разрушение родительского мифа о наркомании как этапе возрастного развития или о влиянии на ее появление микросоциального окружения и отказ принимать равную ответственность за проблему наркозависимого. Результат тренинга считается положительным, если достигается контроль над подростком хотя бы в одной области его социального функционирования. С ответственными и заинтересованными в росте и развитии семьи родителями может продолжаться семейная или индивидуальная психотерапия.

В семьях с родителями, злоупотребляющими наркотиками или алкоголем, с физическим или сексуальным насилием, где имеет место неприятие проблемы как семейной, отсутствует родительская поддержка, — возможность использования семейных подходов в лечении наркомании у подростка уменьшается.

Результативность психотерапии определяется появлением позитивных изменений в поведении пациента. Задачей психотерапии служит не решение всех семейных проблем, а только относящихся к проблемному пациенту. Если семья желает работать глубже, создаются условия для нового психотерапевтического контракта.

Семейная психотерапия представляет собой наиболее сложный вид профессиональной деятельности, требующей от специалиста знаний и умений в области индивидуальной и групповой психотерапии, холистического мировосприятия. Усилия классиков семейной терапии были направлены на развитие личности в семейном окружении. Семейная психотерапия изменила область практической психологической помощи, противопоставляя образ психотерапевта образу гуру. Психотерапевт не может дать семье больше, чем члены семьи могут сделать друг для друга, он лишь открывает ресурсы семьи для помощи ее членам. Семейная психотерапия есть искусство и наука по реализации этого потенциала.

Сам же семейный психотерапевт избежит «сгорания», если будет всерьез принимать во внимание свои собственные потребности, обладать высоким самоуважением. Техники и приемы, используемые психотерапевтом — это психотерапевтическое вмешательство (интервенция). Поэтому нельзя забывать старую истину, что действие рождает противодействие, то есть всегда существует реальность разрушительного влияния семейной системы на психотерапевта.

В психотерапии как ни в одной другой области медицины велика роль профессиональных сообществ. Обсуждение сложных случаев из практики на балинтовских группах, супервизия сеансов семейной психотерапии, поддержка коллег позволяет психотерапевту сохранять здоровье и профессиональное долголетие.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение нормально функционирующей семьи:

1) все потребности семьи удовлетворены;

2) выполняет социальные предписания;

3) баланс действия законов сохранения / отклонения гомеостаза;

4) динамическая семья.

2. Дайте определение семейного мифа:

1) механизм психологической защиты;

2) согласованное ригидное избирательное представление о семье как о целостности;

3) категория семейной психодинамической психотерапии;

4) демонстрируемое семьей поведение в социуме.

3. Цель постановки «семейного диагноза»:

1) служит клинической основой для построения семейной психотерапии;

2) раскрывает дисфункцию пациента;

3) определяет факторы внутри семьи, обуславливающие симптом «идентифицированного пациента»;

4) выясняет психологические защиты и копинг-механизмы.

4. В семейной терапии отдельный член семьи, имеющий нарушения, называется:

1) «идентифицированный пациент»;

2) эмоциональный центр;

3) «козел отпущения»;

4) генеральная цель.

5. Определите объект семейной психотерапии:

1) дизгармоничная семья;

2) семья, испытывающая определенные трудности, связанные с внешними обстоятельствами;

3) семья, в которой член семьи страдает алкоголизмом;

4) семья, в которой ее член страдает нервно-психическим заболеванием.

6. В идеале семейный психотерапевт встречается на сессии с:

1) «идентифицированным пациентом»;

2) инициатором обращения за помощью;

3) заинтересованными членами семьи;

4) всей семьей.

7. Выберите правильное определение семейной психотерапии:

1) психотерапевтические беседы с членами семьи;

2) вариант групповой психотерапии;

3) психотерапия пациента в семье и при помощи семьи;

4) серия сеансов для разных членов семьи.

8. В кабинет психотерапевта вошла вначале мать мальчика 4 лет, затем отец. На предложение психотерапевта взять стулья и садиться семья отреагировала следующим образом: мать жестом приказала ребенку садиться рядом с психотерапевтом, сама села за спиной мальчика на

расстоянии 3 метров, а отец сел еще дальше, на расстоянии 2 метров от жены. Образовался своеобразный семейный треугольник. О чем может свидетельствовать такое размещение?

1) Привыкли жить в большой квартире.

2) Родители верят в самостоятельность ребенка.

3) Эмоциональное отвержение.

4) Психологическая безопасность в кабинете.

Групповая психотерапия.

Групповая и индивидуальная психотерапия представляют собой две основные формы психотерапии. Специфика групповой психотерапии как лечебного метода заключается в целенаправленном использовании в психотерапевтических целях групповой динамики (то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта), в лечебных целях.

Групповая психотерапия не является использованием любого психотерапевтического метода в группе больных. Она отличается от групповой терапии, коллективной терапии и психотерапии в группе. Понимание этих четырех терминов практически как синонимов вполне объяснимо с формальной точки зрения: индивидуальная психотерапия — это врач и пациент, групповая — это врач и несколько пациентов, то есть группа больных. Однако термины групповая терапия, коллективная психотерапия и психотерапия в группе означают лишь использование какого-либо психотерапевтического метода в группе больных. Психотерапевт, проводя гипноз, аутогенную тренировку в группе больных, или используя техники гештальт-терапии (работая при этом с одним пациентом и привлекая других лишь к обсуждению, как фон, на котором протекает, по сути, индивидуальная психотерапия) может назвать это групповой психотерапией. Однако принципиально это не верно. В этом случае психотерапевт воздействует психологическими средствами на большое количество пациентов одновременно, однако не использует систематически в лечебных целях ситуации в группе и взаимоотношения между пациентами. О собственно групповой психотерапии мы можем говорить только тогда, когда психотерапевтом используется терапевтический потенциал группы как таковой. Что это означает? В любой группе людей, которые общаются непосредственно и достаточно продолжительное время, возникают определенные групповые феномены, такие как нормы, распределение ролей, выделение лидеров и другие. Например, в студенческой группе тоже довольно быстро определяется лидер, формируются нормы (то есть что можно и что нельзя, какое поведение одобряется, какое нет). Группа контролирует сохранение этих норм, поддерживая и одобряя определенное поведение и не одобряя или даже осуждая другое. Эти нормы далеко не всегда осознаются, но они всегда формируются и определяют поведение людей. Именно эти групповые процессы могут использоваться для определенных целей, в том числе, и для психотерапевтических. Помогая пациенту понять, какую роль в группе он стремится играть или играет на самом деле, мы можем помочь ему осознать, к какому положению он стремится, какие потребности хочет удовлетворить, насколько успешным является это его поведение, приносит ли это ему удовлетворение и пр. Таким образом, анализируя поведение пациента в рамках группового взаимодействия, мы расширяем сферу его самопонимания. Групповая психотерапия не является самостоятельным теоретическим направлением в психотерапии, а представляет собой специфическую форму или метод, где основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от индивидуальной, где таким инструментом является только психотерапевт. Наряду с другими психотерапевтическими методами групповая психотерапия (точно так же как и индивидуальная форма) применяется в рамках различных теоретических ориентации, где анализ группового взаимодействия используется для решения различных, специфичных для этого направления психотерапевтических задач. Именно теоретическая ориентация и определяет своеобразие и специфику групповой психотерапии: конкретные цели и задачи, содержание и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор конкретных методических приемов и техник и пр. Все эти переменные также связаны с нозологической принадлежностью контингента больных, принимающих участие в работе психотерапевтической группы. В качестве самостоятельного направления в психотерапии групповая психотерапия выступает лишь в том смысле, что более прицельно рассматривает пациента в социально-психологическом плане, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми, раздвигая тем самым границы психотерапевтического процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его реальных взаимоотношений и взаимодействий с другими людьми, с окружающим миром. Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в

значительной степени отражают его типичные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни: в ней пациент проявляет те же отношения, установки и ценности, те же способы эмоционального реагирования и поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия.

История развития групповой психотерапии есть движение от групповой терапии к групповой психотерапии, то есть к пониманию и использованию в терапевтических целях групповых эффектов. С начала существования медицины для оказания помощи больным целители применяли методы психологического воздействия, широко пользуясь в этих целях группой. Проявляющиеся в группе ожидания, ориентации, эмоции, чувство надежды, вера в компетентность целителя и эффективность применяемых им процедур увеличивали состояние аффективного напряжения, возрастающего по мере «эмоционального заражения» участников, и способствовали податливости пациентов к его воздействию и влиянию. Воздействие заключалось, прежде всего, во внушении, которое обращено к эмоциональной сфере больного и, минуя его рациональное, критическое мышление, оказывало полезное влияние на его самочувствие и психофизиологическое состояние, и, как следствие, на социальное функционирование. Примером оказания группой положительного влияния на психическое здоровье могут служить опыты австрийского психиатра Месмера, которого иногда называют «творцом теории и практики психотерапии, в том числе, и групповой». В дальнейшем многие выдающиеся ученые и врачи, среди них русский ученый Бехтерев, использовали различные психотерапевтические методы в группе больных, обосновывая целесообразность и эффективность такого подхода. Первым, кто обратил внимание на терапевтические возможности применения группового взаимодействия, был американский врач Пратт, который в 1905 г. впервые организовал психотерапевтические группы для больных туберкулезом. Первоначально Пратт рассматривал группу как экономически более удачный способ информирования пациентов о здоровье и болезни, об образе жизни и отношениях, способствующих выздоровлению, и не вычленял ее собственно терапевтические возможности. В дальнейшем он пришел к убеждению, что в психотерапии главная роль принадлежит группе, воздействие которой заключается в эффективном влиянии одного человека на другого, в возникающих в группе взаимном понимании и солидарности, способствующих преодолению пессимизма и ощущения изоляции.

Практически все психотерапевтические направления XX века так или иначе использовали групповые формы и внесли определенный вклад в развитие групповой психотерапии. Особое место в этом ряду принадлежит психоаналитическому и гуманистическому направлениям. Так, Адлер обратил внимание на значение социального окружения в проявлении нарушений у пациентов. Он считал, что группа представляет собой соответствующий контекст для выявления эмоциональных нарушений и их коррекции. Полагая, что источник конфликтов и трудностей пациента в неправильной системе их ценностей и жизненных целей, он утверждал, что группа не только может формировать взгляды и суждения, но и помогает их модифицировать. Работая с группой пациентов, Адлер стремился добиться понимания пациентами генеза их нарушений, а также трансформировать их позиции. Развитию психоаналитически-ориентированной групповой психотерапии способствовали своими работами Славсон, Шильдер, Вольф и др. Существенный вклад в развитие групповой психотерапии внес основатель психодрамы Морено, которому приписывают и введение самого термина «групповая психотерапия».

Среди представителей гуманистического направления особое место занимает Роджерс. Большое влияние на развитие групповой психотерапии оказали работы Левина в области групповой динамики, который полагал, что большинство эффективных изменений происходит в групповом, а не в индивидуальном контексте. Левин и его последователи рассматривали личностные расстройства как результат и проявление нарушенных отношений с другими людьми, социальным окружением. Они видели в группе инструмент коррекции нарушенных взаимодействий, поскольку такая коррекция происходит в процессе социального обучения. Этот процесс облегчается и ускоряется, в частности, благодаря раннему выявлению в групповом контексте типичного для отдельных участников неадаптивного межличностного поведения. Главным содержанием работы групп становится анализ типовых образцов взаимодействия, сопоставление поведения в актуальной ситуации «здесь и сейчас» с его характером и последствиями в прошлом. Благодаря тактичному участию психотерапевта, который поощряет и направляет дискуссию, способствуя появлению атмосферы доброжелательности и

сотрудничества, такая аналитическая работа облегчает переживание корректиного эмоционального опыта, необходимого для протекания процесса обучения.

Необходимо также указать таких видных теоретиков и практиков в области групповой психотерапии, как Хёк, Ледер, Кратохвил, которые, работая в Восточной Европе, оказали большое влияние на развитие групповой психотерапии в России.

Цели и задачи групповой психотерапии как метода, ориентированного на личностные изменения, в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно сближает разные позиции. В самом общем виде цели групповой психотерапии определяются как раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основании анализа и использования межличностного взаимодействия. Учитывая три плоскости ожидаемых изменений (когнитивную, эмоциональную и поведенческую), задачи групповой психотерапии могут быть сформулированы следующим образом: 1) в интеллектуальной сфере — осознание связей «личность — ситуация — болезнь», осознание интерперсонального плана собственной личности и осознание генетического (исторического) плана; 2) в эмоциональной сфере — получение эмоциональной поддержки и формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе; непосредственное переживание и осознание нового опыта в группе и самого себя; точное распознавание и вербализация собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта и получение нового эмоционального опыта в группе; 3) в поведенческой сфере — формирование эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Задачи групповой психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания: на самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект), что позволяет определить общую цель групповой психотерапии как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы.

Групповая динамика — чрезвычайно важное понятие. Именно использование групповой динамики в лечебных целях определяет специфику групповой психотерапии как психотерапевтического метода. Групповая динамика — это совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы — образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс, распад. Иначе говоря, это учение о силах, структуре и процессах, которые действуют в группе. Группа при этом рассматривается как общность людей, характеризующаяся ограниченным числом членов (до 20 человек), непосредственными контактами, распределением ролей и позиций, взаимозависимостью участников, общими целями, ценностями и нормами, а также постоянным составом. Первые исследования групповой динамики были начаты Левином.

В психотерапии групповая динамика представляет собой научную основу для психотерапевтического процесса в группе, поскольку в терапевтических группах находят свое выражение все групповые феномены. Применительно к групповой психотерапии групповая динамика рассматривается как совокупность взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта.

Цели и задачи группы. Как правило, групповой психотерапевт прямо не информирует участников группы о групповых целях. Формирование и принятие их членами группы создает основу для терапевтической активности. Определенная направленность действий позволяет участникам группы понять смысл и осознать значение групповых действий, происходящих в группе событий, удовлетворяет индивидуальные потребности участников, особенно при совпадении индивидуальных и групповых целей. Существенной проблемой в начале работы психотерапевтической группы является формирование собственно психотерапевтических целей и преодоление существенного расхождения между общегрупповыми целями и довольно часто обнаруживающимися неконструктивными, антипсихотерапевтическими целями отдельных участников группы. Кратохвил следующим образом формулирует цели психотерапевтической группы: разобраться в проблемах каждого участника; помочь ему понять и изменить собственное состояние; постепенно изменить слабую приспособляемость, достигая адекватной социальной адаптации; предоставлять информацию о закономерностях интерперсональных и групповых процессов как основы для более эффективного и гармоничного общения с людьми; поддерживать процесс развития личности в смысле роста своего собственного личностного и духовного потенциала; устранять болезненные признаки и симптомы.

Нормы группы — это совокупность правил и требований, «стандартов» поведения, регулирующих взаимоотношения и взаимодействия между участниками группы. Групповые нормы определяют, что допустимо, что недопустимо, что желательно и что нежелательно, что правильно и что неправильно. Нормы в ходе развития группы могут претерпевать существенные изменения, особенно при возникновении новых сложных групповых ситуаций, но без их согласования не может быть организованной активности группы. Мерой интернализации (усвоения и принятия) участниками групповых норм могут быть усилия, прилагаемые группой для их сохранения и защиты. К психотерапевтическим нормам обычно относят: искреннее проявление эмоций (в том числе по отношению к психотерапевту); открытое изложение своих взглядов и позиций, рассказ о своих проблемах; принятие других и терпимость по отношению к их позициям и взглядам; активность, стремление избегать оценочных суждений и пр. Важная проблема в психотерапевтической группе — формирование собственно психотерапевтических норм и преодоление, изживание «антипсихотерапевтических».

Структура группы, групповые роли и проблемы лидерства. Структура группы является одновременно формальной и неформальной. Неформальная структура складывается гораздо медленнее формальной, поскольку определяется интерперсональным выбором. Разные члены группы занимают различные позиции в иерархии популярности и авторитета, власти и престижа, осознают и исполняют различные роли. Шиндлер описал четыре наиболее часто встречающиеся групповые роли. Альфа — лидер, который импонирует группе, побуждает ее к активности, составляет программу, направляет, придает ей уверенность и решительность. Бета — эксперт, имеющий специальные знания, навыки, способности, которые требуются группе или которые она высоко ценит. Эксперт анализирует, рассматривает ситуацию с разных сторон, его поведение рационально, самокритично, нейтрально и безучастно. Гамма — преимущественно пассивные и легко приспосабливающиеся члены группы, старающиеся сохранить свою анонимность, большинство из них отождествляют себя с альфой. Омега — самый «крайний» член группы, который отстает от других по причине неспособности, отличия от остальных или страха. В психотерапевтической группе встречаются также и другие роли: противник, оппозиционер, монополист, монопольный оратор, моралист, мученик, квазипсихотерапевт, любимчик, шут, «козел отпущения», агрессор, провокатор, защитник, нытик, правдолюбец, блюститель демократии и пр. Для невротических пациентов характерны достаточно стереотипные роли. Психотерапевтическая группа предоставляет возможности для их выявления, коррекции и расширения ролевого диапазона и репертуара. Лидерство в группе — важная составляющая групповой динамики, тесно связанная с проблемами руководства, зависимости, подчинения и соперничества. Отношение к психотерапевту, который является формальным лидером группы, в разные фазы развития психотерапевтической группы может быть различным и изменяющимся. Роль неформального лидера в группе также не является стабильной, соперничество, борьба за власть занимают существенное место в групповом процессе. Во взаимоотношениях с лидером пациенты проявляют собственные амбивалентные тенденции и установки, связанные с проблемами ответственности, безопасности, самостоятельности, руководства, подчинения и зависимости.

Групповая сплоченность понимается как привлекательность группы для ее членов, потребность участия в группе и сотрудничества при решении общих задач, как взаимное тяготение индивидов друг к другу. Групповая сплоченность является необходимым условием действенности и эффективности групповой психотерапии. Она рассматривается также как аналог психотерапевтических отношений между пациентом и психотерапевтом в процессе индивидуальной психотерапии.

Групповое напряжение. Групповое напряжение возникает в связи с несовпадением ожиданий участников группы с реальной групповой ситуацией, несовпадением их личных устремлений, необходимостью соизмерять свои потребности, желания, позиции, установки с другими членами группы, обращением к болезненным проблемам и переживаниям.

Групповая сплоченность и напряжение выполняют в группе противоположные функции: первая является стабилизирующим фактором (под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и определенную безопасность), а вторая — побуждающим фактором (она ведет к неудовлетворенности и стремлению что-либо изменить). Учитывая противоположные функции напряжения и групповой сплоченности, многие авторы обращают внимание на необходимость поддержания в психотерапевтической группе динамического равновесия между ними. Напряжение является следствием внутригрупповых конфликтов, неудовлетворенности или подавления тех или иных потребностей участников группы. Возникающее в группе напряжение может играть как положительную, так и отрицательную роль. Слишком высокое или слишком длительное напряжение, холодная, неприязненная, враждебная атмосфера, если она не компенсируется

групповой сплоченностью и положительными эмоциями, может привести к дезорганизации работы в группе, к уходу отдельных ее участников и даже к распаду группы. Однако и слишком низкий уровень напряжения не является позитивной характеристикой групповой динамики и процесса групповой психотерапии. Ощущение полного комфорта, спокойствия, равновесия не способствует раскрытию пациентами собственных проблем, конфликтов и переживаний, проявлению типичных стереотипов поведения и защитных механизмов, пациенты стараются сохранить комфортную атмосферу, не замечая или игнорируя возникающие в группе проблемы и конфликтные ситуации. Группа превращается в приятное дружеское общество, не выполняющее, однако, никакой психотерапевтической функции. Если напряжение в группе слишком высоко, то члены группы не в состоянии действенно решать проблемы, они жалуются, что отношения между ними нарушены. Если же, наоборот, напряжение слишком низко, то члены группы будут отдавать предпочтение более удобным, легким, бесконфликтным взаимным контактам, а не подробному разбору собственных проблем, который сопровождается негативными эмоциями. Оптимальный уровень напряжения в группе способствует проявлению и вскрытию групповых и индивидуальных конфликтов и проблем, конфронтации и взаимной критике, предоставляя группе уникальный материал для эффективной работы и собственно психотерапии, что в конечном счете приводит к позитивным изменениям у участников группы. В целом напряжение в группе играет положительную роль, если поддерживается его оптимальный уровень, а также динамическое равновесие между групповым напряжением и групповой сплоченностью.

Формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы. В группах довольно часто наблюдается тенденция к образованию подгрупп. Подгруппы возникают согласно определенному принципу (возрастному, половому, интеллектуальному и пр.), влияя на деятельность психотерапевтической группы. Негативное воздействие оказывает «закрытость» подгрупп, их нежелание обсуждать со всеми частные проблемы. Образование подгрупп, их цели, нормы, роль в групповом процессе может быть темой продуктивной групповой дискуссии.

Фазы развития психотерапевтической группы или фазы групповой психотерапии определяются, прежде всего, изменениями в преобладающих типах взаимодействий и взаимоотношений между участниками группы, а также основным, преобладающим типом групповых интеракций. Специфический фазный характер процесса групповой психотерапии, который обнаруживается на уровне как общегрупповых переменных, так и индивидуально-психологических показателей, признается психотерапевтами-практиками и исследователями групповой психотерапии.

Первая фаза групповой психотерапии представляет собой период образования группы как таковой и совпадает с началом лечения и адаптацией пациентов к новым условиям. Пациенты имеют различные установки и ожидания относительно лечения: более или менее реалистичные, оптимистические или пессимистические, направленные на выздоровление или амбивалентные, но практически для всех вначале характерны преувеличение роли фармакотерапии и симптоматического лечения, отсутствие адекватных представлений о психотерапии вообще и групповой психотерапии, в частности, стремление перенести ответственность за процесс и результаты лечения на психотерапевта, непонимание значения собственной активности в достижении положительных результатов лечения, ожидание от врача директивного поведения и роли руководителя. Эти установки проявляются в надежде на различного рода направляющие инструкции психотерапевта, пациенты ждут от него указаний, прямого руководства, активных действий. Типичны также приписывание психотерапевту роли учителя, вера в «магию белого халата». Больные говорят о своих симптомах и самочувствии, пытаются обсуждать общие или малосущественные проблемы. Однако психотерапевт в начале работы психотерапевтической группы ведет себя достаточно пассивно, прямо не организует и не направляет работу группы, ведет себя недирективно, поскольку директивность психотерапевта на начальных этапах будет препятствовать спонтанности пациентов и групповым процессам. Несоответствие поведения психотерапевта ожиданиям пациентов вызывает у последних беспокойство, которое накладывается на индивидуальную тревогу и напряжение, связанные с началом лечения, отрывом от привычной обстановки, страхом перед неизвестной формой лечения, наличием симптоматики (а иногда и ее усилением в этот период), а также с внутриличностными и межличностными проблемами. Все это вместе создает в группе высокий уровень напряжения, что является характерной чертой первой фазы групповой психотерапии. Иногда в этой фазе может наблюдаться период, обозначаемый как псевдосплоченность и представляющий собой псевдотерапевтическую, неконструктивную активность пациентов.

Псевдосплоченность чаще всего реализуется в трех основных вариантах. Первый может быть обозначен как «мы очень хорошие». Такая ситуация складывается, если группа состоит из

достаточно активных пациентов, имеющих сходный и достаточно высокий социальный статус и считающих интеллектуальные компоненты психотерапии очень важными. В группе, состоящей из таких пациентов, период знакомства, занимающий, как правило, первое занятие, иногда растягивается на несколько сеансов и превращается в длительный рассказ каждого, направленный на «драматизацию» объективной жизненной ситуации, утрированное подчеркивание «объективных» причин своего заболевания, собственных достоинств, обвинения окружающих, перенесения на них ответственности за «все беды». Тогда иллюзия «уникальности собственных страданий» сменяется ощущением «уникальности страданий собравшихся в группе людей», которые, будучи «честными, искренними, порядочными, справедливыми, ответственными, чувствительными» гораздо сильнее, чем все другие — «безответственные и толстокожие как слоны», мучаются от несправедливости несовершенства человеческой жизни и отношений и именно от этого и заболевают. На этом фоне и формируется псевдосплоченность, препятствующая выработке психотерапевтических норм и дальнейшему развитию группы в терапевтическом направлении. В данном случае можно говорить, что основой псевдосплоченности является «псевдоэмоциональная поддержка».

Второй вариант псевдосплоченности может сформироваться на основе «научности». Это наблюдается, если группа, безрезультатно требуя от психотерапевта теоретического обоснования, сама (обычно при наличии пациентов, профессионально причастных к медицине, психологии, физиологии, педагогике) начинает выдвигать и обсуждать концепции, касающиеся, например, теории стресса, механизмов невротических расстройств, особенностей человеческой психики и общения и т. д.

И, наконец, третьим" вариантом псевдосплоченности может являться ситуация «козла отпущения», то есть появление в группе пациента, на котором длительное время неконструктивным образом концентрируется внимание группы. Такая роль чаще всего отводится пациенту, резко отличающемуся своим поведением от других членов группы (например, пациент — представитель «молодежной культуры»). Группа пытается его критиковать, воспитывать, наставлять «на путь истинный». Этот феномен можно обозначить как «псевдоконфронтацию». В группе, развитие которой характеризуется наличием периода псевдосплоченности, обычно все заканчивается взаимными советами, которые каждый из членов группы слышал в своей жизни уже много раз и не раз имел возможность убедиться в том, что «советы существуют только для того, чтобы передать их другому, так как для себя самого они всегда оказываются абсолютно бесполезными». Такая группа неизбежно разочаровывается в избранной позиции и начинает понимать ее непродуктивность. Задача психотерапевта в этот период заключается в том, чтобы помочь группе вскрыть подлинный смысл происходящего, конфликтогенность и непродуктивность ситуации, ее защитный характер, сходность с позициями пациентов в реальной жизни. Выход из такой ситуации сопровождается новым повышением напряжения в группе, которое обусловлено осознанием неконструктивности сложившейся ситуации и ощущением исчерпанности собственных возможностей ее разрешения. Хотя формально псевдосплоченность — негативное явление, так как замедляет процесс выработки групповых норм, целей и ценностей, то есть групповой культуры, однако ее наличие может сыграть важную положительную роль, поскольку группа приобретает первичный опыт анализа и переработки возникающих трудных ситуаций. Независимо от наличия или отсутствия псевдосплоченности, первая фаза групповой психотерапии в целом характеризуется пассивным, зависимым поведением пациентов и высоким уровнем напряжения в группе. В литературе эта фаза чаще всего получает такие названия, как «фаза ориентации и зависимости», «фаза псевдоинтеграции», «фаза пассивной зависимости», «фаза напряжения», «фаза поиска смысла», «фаза регрессивности», «фаза неуверенности».

Вторая фаза групповой психотерапии также характеризуется высоким уровнем напряжения, но, в отличие от первой фазы, где напряжение сопровождается относительной пассивностью пациентов, здесь их поведение становится более активным, аффективно заряженным, со скрытой или явной агрессией по отношению к психотерапевту. Начинается борьба за лидерство, место и положение в группе, обостряются внутригрупповые конфликты, четко распределяются роли, растет сопротивление. Важной составляющей этой фазы является наличие у пациентов агрессивных чувств к психотерапевту, который воспринимается ими либо как непрофессионал, либо как холодный, безразличный человек, не желающий помочь группе и демонстрирующий свою оторванность, отстраненность от нее. Однако группа далеко не всегда и не сразу открыто проявляет свои чувства к психотерапевту, поскольку рассматривает его как формального лидера, официальное лицо, стоящее вне критики, выражать агрессивные чувства к которому запрещено. Показателями роста агрессивных тенденций в отношении психотерапевта могут быть на первый взгляд вполне нейтральные вещи, например, большое количество вопросов, которые пациенты задают психотерапевту, или выражение сомнения в отношении возможности собственных

психологических изменений. Часто в качестве объекта приложения негативных чувств может избираться один из членов группы, либо сам метод безотносительно к психотерапевту. Главными темами для обсуждения в группе в этот период должны быть чувства, которые испытывают пациенты к психотерапевту, следствием чего должно быть их открытое выражение, обсуждение актуальной ситуации в группе, сопоставление взглядов и позиций ее участников, в частности, касающихся ожиданий пациентов и перспектив дальнейшего функционирования группы. Помочь выйти из этой ситуации и конструктивно ее разрешить может только открытая конфронтация группы с психотерапевтом, а по сути — со своими собственными чувствами, так как открытое выражение чувств в отношении психотерапевта, с одной стороны, является предпосылкой для развития истинной сплоченности, а с другой — уже в этот период создает благоприятные условия для вскрытия и анализа многих значимых для пациентов проблем, таких как поиск поддержки, зависимость и самостоятельность, подчинение и доминирование, ответственность, соперничество, взаимоотношения с авторитетами (в том числе, и с родителями), атрибутирование негативных эмоций и т. д. Многие из этих проблем переносятся больными на психотерапевта, и выход на них и частичная их переработка могут быть осуществлены уже на этой фазе за счет анализа взаимоотношений с психотерапевтом. В группе, прошедшей фазу псевдосплоченности, конфронтация с психотерапевтом, открытое выражение эмоций, как правило, происходит более спонтанно и интенсивно. Возможно, это связано с *уже* имеющимся опытом анализа групповой ситуации, выражения негативных чувств без «катастрофических» последствий, а также с более высоким уровнем напряжения в группе, так как у пациентов возникает ощущение, что психотерапевт не только сам ничего не делает, но и не поддерживает их, а, напротив, критикует все их начинания.

Напряжение в этой фазе должно полностью контролироваться психотерапевтом и определяться как общегрупповой ситуацией, так и индивидуальными особенностями членов группы и самого психотерапевта, а также его профессиональным опытом. От степени интенсивности этой фазы и конструктивности ее переработки во многом зависит дальнейший психотерапевтический потенциал группы. Недостаточная проработанность этой фазы, а тем более ее игнорирование существенно влияют на ход группового процесса и периодически могут блокировать групповую активность, проявляясь на более поздних этапах функционирования группы, особенно при возникновении новых, более сложных и напряженных проблем. Завершением этого периода считают открытое выражение чувств в отношении психотерапевта и анализ их причин. В литературе эта фаза обозначается как «фаза растормаживания агрессивности», «фаза борьбы», «фаза конфликта между членами группы и формальным лидером», «фаза бунта против психотерапевта».

Третья фаза групповой психотерапии характеризуется процессом структурирования группы, консолидацией ее норм, целей и ценностей. Проявляются активность, самостоятельность и ответственность каждого члена группы за себя самого, других участников и группы в целом. Формируется групповая сплоченность — важнейшее условие эффективности психотерапевтической группы. Совместная деятельность по разрешению кризисной ситуации, в которой большинство пациентов испытывали похожие чувства и которую решали сходным путем все вместе, совместная выработка групповых норм делают для пациентов более естественным процесс принятия групповой культуры. Таким образом, у больного развивается чувство принадлежности к группе, ответственность за ее работу. В ответ пациент получает признание группы, что оказывает положительное влияние на степень самоуважения и принятия пациентом самого себя. В свою очередь, это повышает привлекательность группы для каждого отдельного участника и способствует дальнейшему развитию групповой сплоченности. В литературе эта фаза называется «фазой развития сплоченности», «фазой развития сотрудничества», «фазой выработки групповых норм», «фазой взаимного распределения функций».

Четвертая фаза групповой психотерапии представляет собой фазу активно работающей группы. Возникшие в предыдущей фазе сплоченность, заинтересованность участников друг в друге, эмоциональная поддержка, искренность, чувство безопасности, спонтанность создают возможности для развития процесса, направленного на решение собственно психотерапевтических задач. Для этого периода характерно принятие решения и использование приобретенного опыта и вне клинических ситуаций. В литературе эту фазу обозначают как «рабочую фазу», «фазу целенаправленной деятельности», «фазу изменении установок и отношений», «фазу выработки новых ценностей». В зависимости от специфики конкретной группы указанные фазы могут иметь различную продолжительность, однако в целом первые три фазы занимают обычно от 20 до 30 % времени работы психотерапевтической группы.

Методы групповой психотерапии. К основным методам групповой психотерапии традиционно относят групповую дискуссию, психодраму, психогимнастику, проективный рисунок и музыкотерапию. Каждый из указанных методов может использоваться в психотерапии и как самостоятельный метод. Однако в данном случае речь идет о комплексе методов, применяемых в работе психотерапевтической группы. Все методы групповой психотерапии условно подразделяют на основные и вспомогательные, вербальные и невербальные. Основным методом групповой психотерапии является групповая дискуссия, остальные рассматриваются в качестве вспомогательных. При этом исходят из того, что все методы групповой психотерапии выполняют две основные функции — психодиагностическую и собственно психотерапевтическую. В соответствии с представлениями о том, в какой степени та или другая функция реализуется в ходе использования каждого метода, и осуществляется такое разделение. Так полагают, что групповая дискуссия в большей степени направлена на реализацию собственно психотерапевтических задач, в то время как вспомогательные методы в основном способствуют осуществлению личностной диагностики. Однако такое деление в значительной степени является условным. Личностная диагностика в процессе групповой психотерапии (раскрытие пациентом собственных проблем, «диагностика» их им самим, другими членами группы и психотерапевтом) и собственно процесс психотерапии (осознание пациентом своих проблем и конфликтов и их переработка и коррекция) тесно связаны и представляют собой единый процесс, отдельные элементы которого могут быть обособлены лишь теоретически. Деление на вербальные и невербальные методы основано на преобладающем виде коммуникации и характере получаемого материала. К вербальным методам относят групповую дискуссию и психодраму, к невербальным — психогимнастнку, проективный рисунок и музыкотерапию. Вербальные методы базируются на вербальной коммуникации, направлены преимущественно на анализ вербального материала. Невербальные методы опираются на невербальную активность, невербальную коммуникацию и концентрируются на анализе невербальной продукции. Формально разделение методов групповой психотерапии на вербальные и невербальные является оправданным, но практически любое взаимодействие в группе включает как вербальный, так и невербальный компоненты. Учет и анализ невербального взаимодействия в процессе использования вербальных методов, согласованности или противоречивости вербальной и невербальной коммуникации составляет существенный аспект групповой дискуссии и позволяет более полно и адекватно раскрыть содержание того или иного взаимодействия. Тенденция к использованию различных невербальных приемов в ходе групповой дискуссии, существенно обогащающая методический арсенал психотерапевта, расширяет содержание и улучшает качество обратной связи за счет включения невербального материала. Все это в определенной степени выводит групповую дискуссию из жестких рамок исключительно вербального, разговорного метода. Вместе с тем, использование невербальных приемов не исключает необходимости вербального взаимодействия, в частности обмена мнениями о происходящем, вербализации невербальной коммуникации или эмоциональных состояний участников группы.

Групповая дискуссия. Как уже указывалось, групповая дискуссия является основным, опорным методом психотерапии. Наряду с этим термином употребляются такие понятия, как свободная дискуссия, спонтанная дискуссия, неструктурированная дискуссия и пр. Все эти названия подчеркивают спонтанный, жестко не структурированный характер ведения группы, недирективность поведения психотерапевта. Что же является предметом групповой дискуссии? Обычно в качестве ее предмета выделяют обсуждение биографии пациента, определенной темы и межличностного взаимодействия в группе (интеракций). Таким образом, определяется три основных типа ориентации групповой дискуссии: биографическая, тематическая и интеракционная. В разных направлениях групповой психотерапии эти ориентации имеют различный удельный вес. Однако в качестве ведущей практически всегда рассматривается интеракционная ориентация, поскольку именно она определяет специфику групповой психотерапии как метода, основанного на использовании в лечебных, психотерапевтических целях групповой динамики, обеспечивая реализацию одного из важнейших факторов лечебного действия в рамках этого метода — обратной связи. Интеракционная ориентация направлена на анализ особенностей межличностного взаимодействия в группе и ситуаций, возникающих в ходе группового процесса. Биографическая ориентация представляет собой обсуждение истории жизни пациента, отдельных эпизодов и событий его биографии, его проблем, конфликтов, отношений, установок, особенностей поведения на протяжении жизни. Тематическая ориентация концентрирует внимание группы на актуальных для большинства участников группы темах. Однако на практике активность группы бывает различной по своей направленности: в течение одного сеанса могут затрагиваться как актуальные проблемы деятельности группы, отношений и взаимодействий в ней, так и темы, связанные либо с историей жизни отдельного пациента, либо с общими для всех проблемами и трудностями. Это

означает, что в процессе одного сеанса, как правило, можно наблюдать неоднократное изменение ориентации групповой динамики. Так, интеракционно-ориентированное вначале занятие (например, обсуждение ролевой структуры группы и конкретных ролей и позиций ее участников) может в дальнейшем принять биографическую направленность с концентрацией внимания на одном из пациентов (например, играющем в этой структуре важную роль) и привлечением биографического материала для того, чтобы показать пациенту повторяемость его реакции, способов поведения, характерных ролей, позиции, установок, конфликтов и помочь ему понять более глубокие причины собственного поведения. Точно так же обсуждение биографии отдельного пациента может привести в дальнейшем как к анализу его актуального поведения в группе, в групповых ситуациях, так и к концентрации внимания на общих темах, актуальных и важных для остальных участников группы. Таким образом, биографическая ориентация изменяется либо на интеракционную, либо на тематическую. Например, пациент, рассказывая о своей жизни, уделяет много внимания своим сложным отношениям с родителями, а группа в дальнейшем может перейти к анализу поведения этого пациента в актуальной ситуации в группе с другими ее участниками или психотерапевтом или к обсуждению общей темы взаимоотношений детей и родителей на опыте каждого участника группы.

Можно выделить опорные точки групповой дискуссии, ее основные содержательные моменты. Это: знакомство членов группы; обсуждение ожиданий пациентов, их страхов и опасений, их переживаний в связи с началом работы группы и взаимодействия с другими ее участниками; переживание и обсуждение группового напряжения, связанного с рассогласованием между ожиданиями пациентов и групповой реальностью, поведением психотерапевта и тем, что происходит в группе; нарастание сопротивления и агрессии в отношении психотерапевта, соотнесение этих переживаний с прошлым жизненным опытом, вскрытие истинных чувств к психотерапевту, их осознание, понимание их причин и переработка, создание групповых норм в отношении психотерапевта; вскрытие проблем, связанных с самостоятельностью, ответственностью и активностью, отношения к авторитетам; формирование адекватного отношения к болезни и лечению, активной мотивации к участию в работе группы; выработка психотерапевтических групповых норм и групповой культуры, принятие ее участниками группы; доминирование интеракционной проблематики, анализ групповой динамики с выходом на проблематику отдельных пациентов — собственно «рабочая фаза» групповой психотерапии, в ходе которой решаются ее основные задачи (коррекция отношений и установок неадекватных реакций и форм поведения, закрепление и генерализация позитивных изменений), обсуждение результатов лечения, подведение итогов.

Психодрама может рассматриваться как метод групповой психотерапии, представляющий собой ролевую игру, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой пациента. Психодрама как лечебный психотерапевтический метод была создана и разработана Морено на основе опыта его театрального эксперимента, «спонтанного театра», изначальная цель которого не была связана с психотерапией и заключалась в развитии и реализации творческого потенциала человека, его творчества в «театре жизни». Внутриличностные и межличностные изменения, достигаемые участниками «спонтанного театра», послужили основой для дальнейшего развития психодрамы как лечебного метода.

Морено исходил из того, что человек обладает естественной способностью к игре и, используя различные роли, получает возможность экспериментировать с реалистичными и нереалистичными жизненными ролями, творчески работая над собственными проблемами и конфликтами. В ходе разыгрывания ситуаций возникают спонтанность, креативность, подлинная эмоциональная связь между участниками ситуации, катарсис, способствующие развитию творческой активности и достижению инсайта. Все это создает благоприятную основу для творческого переосмысления собственных проблем и конфликтов, выработки более глубокого и адекватного самопонимания, преодоления неконструктивных поведенческих стереотипов и способов эмоционального реагирования, формирование нового, адекватного поведения и новых способов эмоционального реагирования.

Классическая процедура психодрамы предполагает наличие следующих участников: протагонист, терапевт, помощники терапевта, зрители. Протагонист — это пациент (субъект), главный исполнитель, представляющий свои проблемы, терапевт (режиссер, дирижер, фасилитатор) — организатор ролевой игры, помогающий пациенту исследовать свои проблемы. Функции терапевта заключаются в организации психодраматического действия, пространства, создании атмосферы доверия, стимулировании участников к спонтанности, подготовки протагониста и всей группы к ролевой игре («разогрев»), выявлении проблем и переживаний

пациента, комментировании, включении по ходу дела вспомогательных персонажей, организации обсуждения, эмоционального обмена, анализа и интепретации происходящего. Помощники терапевта — котерапевт и пациенты, исполняющие в психодраме вспомогательные роли и усиливающие функции терапевта. Эта категория участников также обозначается как «вспомогательные Я». «Вспомогательные Я» могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного Я. Выделяют несколько основных функций «вспомогательных Я»: сыграть роль, которая необходима протагонисту для реализации замысла, помочь понять, как протагонист воспринимает отношения с другими персонажами действия; сделать видимыми неосознаваемые протагонистом отношения; направлять протагониста в решении проблем и конфликтов; помочь протагонисту перейти от драматического действия к реальной жизни. Зрители — это остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после ее завершения. Важно иметь в виду, что это обсуждение касается не только протагониста, но и всех участников группы, тех переживаний, мыслей, воспоминаний и ассоциаций, которые возникли у них по ходу действия относительно самих себя. Еще одним участником психодрамы является сцена — жизненное пространство, место, где разворачивается психодраматическое действие.

Процесс психодрамы включает три основные фазы: инициальную или подготовительную (фаза «разогрева»), собственно психодраматическое действие; обсуждение (предоставление протагонисту обратной связи и эмоциональный обмен). В инициальной фазе происходит выбор протагониста, получение диагностического материала (информации о протагонисте и ситуации), предварительное обсуждение проблемы и самой ситуации с протагонистом, подготовка протагониста и других участников, организация пространства и самого психодраматического действия. В этой фазе используются различные вспомогательные приемы: дискуссия, «живые скульптуры», импровизация, разыгрывание не относящихся лично ни к кому ситуаций (сказок, фантастических ситуаций и пр.). Вторая фаза — собственно разыгрывание ролевой ситуации или психодраматического действия. В ходе его пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, отношения, установки проблемы и конфликты. Облегчить эти процессы также помогает целый ряд приемов — «зеркало», «двойники», «другие Я», монолог, диалог, «построение будущего», «проба реальности» и др. Третья фаза — фаза обсуждения или интеграции — является завершающей. На этой фазе группа (и вспомогательные персонажи и зрители) предоставляет протагонисту обратную связь двух видов: ролевую и идентификационную. Ролевая обратная связь — это обратная связь «из роли». Ее предоставляют те участники группы, которые играли вспомогательные роли, они говорят о своих переживаниях и состояниях, которые возникали в процессе психодраматического взаимодействия с протагонистом, то есть о том, что они чувствовали, будучи в роли значимых для протагониста людей. Такая ролевая обратная связь помогает протагонисту понять, что чувствуют окружающие его люди, как они воспринимают и как реагируют на его поведение, что им нравится, а что не нравится, что вызывает напряжение, раздражение, агрессию и другие эмоции, какие ответные действия им хотелось бы совершить. Например, участник группы, игравший роль сына пациентки — протагониста, говорит о том, что несмотря на все ее упреки в его несамостоятельности и побуждения к активности на словах, на самом деле он чувствовал, что она воспринимает его как маленького ребенка, который ни на что не способен и которого она не собирается отпускать из-под своей опеки и контроля. Идентификационная обратная связь предполагает, что в процессе наблюдения за психодраматическим действием участники группы, не принимавшие в нем непосредственно участия, не оставались пассивными наблюдателями, а активно переживали происходящее. Поэтому ведущий стимулирует участников группы зрителей говорить о своих впечатлениях, собственных переживаниях, ассоциациях, мыслях, воспоминаниях, которые возникали у них во время разыгрывания ролевой ситуации. Идентификационная обратная связь, с одной стороны, демонстрирует пациенту, что другие участники группы не были безразличны к его проблемам, были активно включены, сопереживали ему, что они имеют сходные проблемы и переживания, а с другой — стимулирует членов группы к работе над своими собственными проблемами, не оставляет их только пассивными зрителями происходящего. Иногда обсуждение включает также и содержательный анализ, и интерпретацию психодраматического действия. Однако при качественной ролевой и идентификационной обратной связи это, как правило, оказывается не нужным.

В ходе групповой психотерапии психодрама наиболее эффективно может быть использована в комбинации с другими методами: групповой дискуссией, психогимнастикой и др. Психодраматическому разыгрыванию может быть посвящено отдельное занятие группы, однако чаще всего психодрама естественным образом входит в процесс групповой дискуссии, например, пациент на групповой дискуссии рассказывает о своих семейных конфликтах и связанных с этим

собственных переживаниях и проблемах. Следует отметить, что истинная суть этих конфликтов, как правило, пациентом не осознается и является трудновербализуемой. В таком случае пациенту можно предложить разыграть эту ситуацию психодраматически, выбрав из участников группы вспомогательных персонажей, которые будут играть членов его семьи — участников конфликта. Иногда в процессе разыгрывания ролевой ситуации вскрываются новые аспекты, например, связь этого семейного конфликта с отношениями, которые были у пациента в его родительской семье. Тогда по ходу дела психодрама может быть перенесена в прошлое, то есть пациент сможет разыграть какую-либо вспомнившуюся ему в связи с этим ситуацию в своей родительской семье.

Психогимнастика относится к невербальным методам групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии. Психогимнастика предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движения, мимики, пантомимы.

Метод позволяет пациентам проявлять себя и общаться без помощи слов. Психогимнастическое занятие, как правило, включает три части: подготовительную, пантомимическую и заключительную, которые имеют относительно самостоятельные задачи и собственные методические приемы. Задачами подготовительной части являются уменьшение напряжения у участников группы, снятие страхов и запретов, развитие внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и двигательной активности других людей, сокращение эмоциональной дистанции между участниками группы, формирование и развитие способности выражать свои чувства, эмоциональные состояния, проблемы, невербально — без помощи слов, а также понимать невербальное поведение других людей. К упражнениям, направленным на развитие внимания и чувствительности к невербальному поведению, относятся «гимнастика с запаздыванием», передача ритма, движения или предмета по кругу и пр. Уменьшению напряжения у участников группы могут способствовать такие упражнения, как мотивированная ходьба или бег, подвижные игры, двигательные импровизации. Для преодоления эмоциональной дистанции между участниками группы используются упражнения, предполагающие непосредственный физический контакт, парное взаимодействие, уменьшение пространственной дистанции, различные двигательные упражнения, выполняемые в круге: «встреча на мосту», «передача чувства по кругу», успокоить обиженного, войти в круг или выйти из него, обратить на себя внимание группы и пр. На развитие способности самовыражения на невербальном уровне и понимания невербального поведения других людей направлены такие упражнения, как «разговор через толстое стекло», различные модификации упражнения «зеркало», изображение тех или иных эмоциональных состояний, распознавание по невербальному поведению эмоционального состояния других людей и пр. Все перечисленные упражнения составляют подготовительную часть, хотя на более поздних стадиях развития психотерапевтической группы могут нести и более важную содержательную нагрузку. В начале работы группы подготовительной части может отводиться больше половины всего времени занятия, а иногда и все занятие, поскольку напряжение, тревога, страх перед неформальными контактами и непривычной ситуацией усиливаются и необходимы упражнения, направленные на преодоление именно этих явлений. В таком случае меньше времени выделяется на обсуждение того, что происходило в группе, и зачастую в этот период на психогимнастике ограничиваются только самым общим обменом впечатлений.

Пантомимическая часть психогимнастики является наиболее важной, и в зрелой психотерапевтической группе занимает большую часть психогимнастического занятия. Пациентам предлагаются темы, которые они разыгрывают без помощи слов. Темы могут быть предложены и психотерапевтом, и самими участниками группы. Содержание тем для пантомимы не ограничено и может быть ориентировано как на проблемы отдельного пациента, так и на проблемы всех членов группы одновременно и группы в целом, то есть касаться межличностного взаимодействия в группе. Чаще всего в пантомимической части используются следующие задания: разыгрывание ситуаций, связанных с какими-либо эмоциональными трудностями, характерными для многих людей (ситуации просьбы, обвинения, требования, ссоры, опоздания и т. д.), темы, относящиеся к проблемам конкретных пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я и моя семья, я среди людей, моя болезнь и пр.); темы, отражающие общечеловеческие проблемы и конфликты, которые могут быть представлены в символическом виде (преодоление трудностей, «запретный плод», «перекресток», болезнь, здоровье, счастье, тревога и пр.), темы, связанные с межличностным взаимодействием в группе (отношения с членами группы, групповой портрет или скульптура, воображаемые или даже фантастические ситуации, в которые попадает группа, и пр.). В ходе пантомимы широко используются вспомогательные приемы типа «двойников» или «зеркал». Суть их состоит в предоставлении пациенту невербальной обратной связи, что позволяет увидеть себя глазами других (если члены группы повторяют невербальное

поведение играющего пациента), и получить информацию о возможных вариантах (когда другие пациенты предлагают свои способы невербального поведения для только что представленной ситуации). После выполнения каждого пантомимического задания группа обсуждает увиденное. Прежде всего, идет эмоциональный обмен, то есть рассказ о собственных переживаниях, возникших в процессе того, как пациенты выполняли задания или наблюдали за невербальным поведением других люден, обмен собственными ассоциациями, воспоминаниями, опытом; предлагается собственное понимание ситуации, анализируются взаимоотношения и взаимодействия участников группы. Материал, получаемый в ходе выполнения пантомимических заданий, может быть конструктивно использован в дальнейшем в ходе групповой дискуссии.

Заключительная часть психогимнастики должна способствовать снятию напряжения, которое могло возникнуть в связи со значимостью пантомимы или последующего обсуждения, и сильных эмоций, сопровождавших эту часть занятия, повышению сплоченности группы, росту доверия и уверенности в себе и в группе. Здесь могут быть использованы упражнения из подготовительной части, главным образом те, которые позволяют пациентам пережить чувство общности с группой. Психогимнастика, как правило, в процессе групповой психотерапии проводится как отдельное занятие. Однако в некоторых случаях в начале групповой дискуссии или по ее ходу психотерапевт при необходимости может предложить группе некоторые отдельные психогимнастические задания.

Проективный рисунок. Основная задача проективного рисунка состоит в получении дополнительной информации о проблемах отдельных пациентов или группы в целом. Так же как психодрама и психогимнастика, проективный рисунок способствует выявлению и осознанию трудновербализуемых проблем и переживаний пациентов. Занятие строится обычно следующим образом: каждый пациент получает лист бумаги, цветные мелки (можно использовать также цветные карандаши и краски) и рисует на заданную тему. Для проективного рисунка качество не имеет существенного значения. Темы, предлагаемые для рисования, могут быть самыми разнообразными и касаться как индивидуальных проблем отдельных пациентов, так и общегрупповых проблем. Темы для рисунка обычно охватывают три основные сферы: 1) прошлое, настоящее и будущее пациентов (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей, моя семья, моя работа, мое самое приятное или неприятное воспоминание и др.); 2) общие понятия, отражающие определенные ценности и явления (любовь, ненависть, болезнь, страх, здоровье, зависимость, ответственность и др.; 3) отношения в группе (я глазами группы, мое положение в группе, наша группа и пр.). Используются также свободные темы (каждый член группы рисует то, что он хочет) или совместное рисование (вся группа на одном большом листе бумаги рисует, например, портрет группы). На рисование обычно отводится 30 мин. После этого группа переходит к обсуждению рисунков каждого пациента (рис. 5).

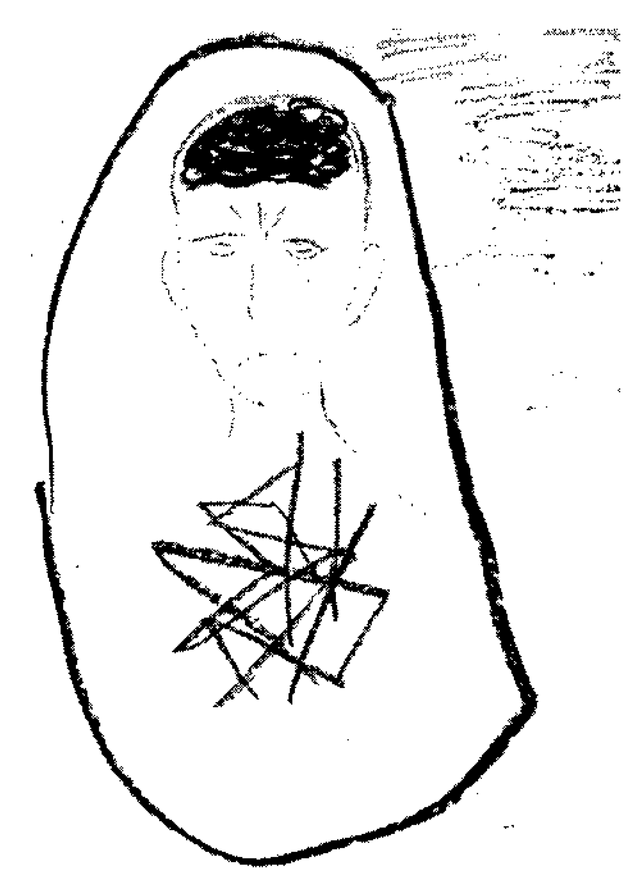


Рис. 5. Проективный рисунок на тему «моя болезнь» пациента с обсессивно-фобическим неврозом (с шизоидной акцентуацией характера).

Обсуждение проективного рисунка, как правило, начинается с высказываний членов группы о том, как им кажется, что хотел изобразить автор рисунка и какие чувства этот рисунок вызывает; они также говорят о том, как понимают его замысел, то, что он хотел выразить. Затем автор рисунка говорит о собственном замысле и своем понимании. Особый интерес представляет расхождение в понимании и интерпретации членов группы и рисовавшего, которые могут быть обусловлены как наличием в рисунке элементов, смысл которых автором не осознается, так и проекциями проблем других участников группы. При интерпретации проективного рисунка обращается внимание на содержание рисунка, способы выражения, цвет, форму, композицию, размеры, повторяющиеся в рисунках конкретного пациента специфические особенности. В проективном рисунке находят отражение непосредственное восприятие пациентом той или иной ситуации, различные переживания, часто неосознаваемые и невербализуемые. Например, пациент, который говорит, что он глава семьи и удовлетворен своим положением в семье, выполняя рисунок на тему «Моя семья», рисует яркие и крупные фигуры жены и детей в центре листа и самого себя, лежащего на кровати, при этом самого себя он рисует черным цветом и помещает свою крошечную фигурку в нижнем углу листа. В дальнейшем оказалось, что рисунок гораздо более точно отражает ситуацию и, что самое главное, истинные переживания пациента в связи со своим положением в семье.

При совместном рисовании дискуссия дополняется обсуждением участия каждого члена группы в групповой деятельности, характера его вклада в общую работу и особенностей взаимодействия членов группы в процессе совместной деятельности. Проективный рисунок может проводиться в качестве отдельного занятия, но иногда оказывается полезным в начале групповой дискуссии.

Музыкотерапия — это психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства.

Рассматривая основные направления лечебного действия музыки, обычно выделяют 4 следующих аспекта: 1) эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии; 2) развитие навыков межличностного общения — коммуникативных функций и способностей; 3) регулирующее влияние на психовегетативные процессы; 4) развитие эстетических потребностей. В качестве механизмов лечебного действия музыкотерапии указывают: катарсис, эмоциональную разрядку, регулирование эмоционального состояния, облегчение осознания собственных переживаний, конфронтацию с жизненными проблемами, повышение социальной активности,

приобретение новых средств эмоциональной экспрессии, облегчение формирования новых отношений и установок.

Музыкотерапия существует в двух основных формах: активной и рецептивной (пассивной). Активная музыкотерапия представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью собственного голоса или выбранных музыкальных инструментов. Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь, рецептивная музыкотерапия существует в трех формах: коммуникативной (совместное прослушивание музыкальных произведений, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия), реактивной (направленной на достижение катарсиса) и регулятивной (способствующей снижению нервно-психического напряжения).

В групповой психотерапии музыкотерапия как один из методов применяется довольно широко. Чаще всего в лечебной практике используется рецептивная музыкотерапия с ориентацией на коммуникативные задачи. Пациенты в группе прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, фантазии (часто проективного характера), возникающие у них в ходе прослушивания. На одном занятии прослушивается, как правило, три произведения или более или менее законченных музыкальных отрывка (каждый по 10—15 мин). Программы музыкальных произведений строятся на основе постепенного изменения настроения, динамики с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение должно формировать определенную атмосферу для всего занятия, проявлять настроения пациентов, налаживать контакты и вводить в музыкальное занятие, готовить к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, отличающееся скорее расслабляющим, релаксирующим действием. Второе произведение динамичное, драматическое, напряженное, оно несет основную нагрузку, его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера из собственной жизни пациентов. После его прослушивания в группе уделяется значительно больше времени для обсуждения переживаний, воспоминаний, мыслей, ассоциаций, возникающих у пациентов. Третье произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть также спокойным, релаксирующим, либо, напротив, энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма, энергии.

В процессе групповой психотерапии активность пациентов может стимулироваться с помощью различных дополнительных заданий, например, постараться понять, чье эмоциональное состояние в большей степени соответствует данному музыкальному произведению; из имеющейся фонотеки подобрать собственный «музыкальный портрет», то есть произведение, отражающее собственное эмоциональное состояние, и пр.

При групповой психотерапии используется и активный вариант музыкотерапии. Для этого необходим набор простейших музыкальных инструментов или даже предметов, издающих звуки. Пациентам предлагается выразить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы с помощью выбранных музыкальных инструментов. Как вариант активной музыкотерапии может рассматриваться хоровое пение. Исполнение музыкальных произведений психотерапевтом или участниками группы (вместе или индивидуально) также имеет лечебный эффект, способствуя созданию доверительной теплой атмосферы.

Соотношение методов групповой психотерапии. Каждый из описанных выше методов — групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, проективный рисунок и музыкотерапия — на практике используются и самостоятельно. Здесь же было описано использование этих методов в рамках групповой психотерапии, в едином комплексе. В качестве основного метода выступает групповая дискуссия, а психодрама, психогимнастика, проективный рисунок и музыкотерапия — в качестве вспомогательных. Обычно примерно 70 % всего времени отводится на групповую дискуссию.

Руководство психотерапевтической группой. С точки зрения реализации целей и задач групповой психотерапии главной фигурой психотерапевтического процесса является групповой психотерапевт. Он привносит в этот процесс свои индивидуальные черты, обусловленные его теоретической ориентацией, применяемыми психотерапевтическими техниками, опытом, а также собственными личностными особенностями. Все эти факторы, связанные с индивидуальностью психотерапевта, оказывают влияние на групповой процесс и результаты лечения.

В литературе широко дискутируется проблема соотношения профессиональных навыков и личностных особенностей группового психотерапевта, хотя при этом подчеркивается их взаимосвязь, поскольку уровень профессиональных навыков во многом определяется личностными особенностями психотерапевта, а они, в свою очередь, в значительной степени

обусловливают выбор терапевтических техник. Ответ на вопрос, какому фактору — личностному или профессиональному — придается большее значение, в целом соответствует пониманию сущности и целей психотерапии, иными словами, зависит от теоретической ориентации. Если психотерапевтический процесс в группе понимается прежде всего как специфический межличностный контакт, то в этом случае более важное значение имеют индивидуальные, личностные особенности психотерапевта (способность к эмпатии и принятию, аутентичность, терпимость и пр.). Если же психотерапевтический процесс в группе рассматривается преимущественно как целенаправленное воздействие, то тогда на первый план выходят профессиональные навыки группового психотерапевта. При этом следует подчеркнуть, что, по мнению многих исследователей, личностные характеристики и индивидуальные особенности имеют большее значение в работе непрофессионалов (например, группы анонимных алкоголиков и наркоманов) или психотерапевтов с недостаточной подготовкой и малым опытом.

Среди личностных характеристик группового психотерапевта, традиционно рассматриваемых в качестве факторов, способствующих эффективности групповой психотерапии, чаще всего указывают следующие: открытая позиция психотерапевта в отношении пациентов, умение воспринимать отличные от своих взгляды, позиции, убеждения и суждения, отсутствие оценочного подхода, гибкость, терпимость, эмпатичность, аутентичность, уважение к другому, желание помочь, сердечность, умение создать доброжелательную и безопасную атмосферу в группе и ряд других. Конечно, все эти характеристики, безусловно, помогают психотерапевту в работе. Из всего этого перечня следует, что психотерапевт должен быть хорошим человеком (доброкачественной личностью). Но тогда получается, что этому невозможно научить, а можно только с детства целенаправленно воспитывать психотерапевта или производить сверхтребовательный отбор. Личностный подход в данном случае скорее всего не является эффективным. И к нему прибегают тем чаще, чем менее совершенна система подготовки психотерапевта (а, следовательно, недостаточно разработаны теоретические основы того или иного направления в психотерапии). В связи с этим более конструктивным представляется рассмотрение психотерапевта с точки зрения проблемы руководства психотерапевтической группой.

Термин «руководство психотерапевтической группой» по сути дела предполагает анализ поведения группового психотерапевта. При систематизации возможных типов поведения групповых психотерапевтов используют такие категории, как «роль», «ориентация», «терапевтический стиль».

Понятие «роль» в данном случае сводится к положению, которое занимает психотерапевт в структуре группы. Ялом выделяет две основные роли группового психотерапевта: технический эксперт и эталонный участник. В качестве эксперта психотерапевт планомерно и целенаправленно использует свои знания и профессиональные навыки для достижения психотерапевтических целей, в нужный момент применяет соответствующие необходимые методы. Как эталонный участник он преследует двоякую цель: демонстрация желательных образцов поведения и ускорение процесса социального научения. Отказываясь от главенствующего положения в группе, он тем самым ускоряет достижение ею независимости и сплоченности. Кратохвил выделяет пять основных ролей группового психотерапевта: «активный лидер (руководитель)», «аналитик», «комментатор», «посредник», «истинный член группы».

Относительно категории *ориентация* Гольдштейн характеризует групповых психотерапевтов, исходя из того, кто и на кого терапевтически воздействует в группе. Выделяют ориентацию на индивида и лечение индивида на фоне группы и ориентацию на группу и лечение посредством ее воздействия. В первом случае психотерапевт является директивным, интерпретирующим, ориентированным на психодинамику отдельной личности. Второй вариант предполагает более косвенные действия психотерапевта, они направлены на динамику группы и носят в большей степени стимулирующий, побудительный и катализирующий характер. Цель этих воздействий состоит в том, чтобы способствовать интеракциям участников группы между собой и, в меньшей степени, с самим психотерапевтом.

Либерман выделил четыре основных психотерапевтических стиля: эмоциональная стимуляция, опека, познавательная ориентация, исполнительская функция. *Эмоциональная стимуляция* предполагает, что руководитель группы особо подчеркивает проявление различных чувств, конфронтацию различных участников группы, их мнений и позиций. Он участвует в происходящем как равноправный член группы, побуждая и стимулируя остальных участников группы. *Опека* отмечается таким стилем поведения психотерапевта, при котором он окружает членов группы вниманием, обеспечивает обратную связь и эмоциональную поддержку, открыто выражает теплоту и заботу о пациентах. *При познавательной ориентации* психотерапевт обозначает события в группе соответствующими понятиями, объясняет смысл поведения всей группы и

отдельных ее участников, интерпретирует происходящее в группе и переживания отдельных пациентов. *Исполнительная функция* означает, что психотерапевт устанавливает правила, определяет нормы, цели и направление деятельности, побуждает или прерывает активность, сосредоточивает внимание на определенном поведении группы и ее членов, использует собственное положение в группе для достижения ее целей.

Ледер и Высокиньска, учитывая такие критерии, как социальная роль, к которой можно свести поведение психотерапевта, способ взаимодействия (обучения), степень директивности, степень активности, передача положительных эмоций, анонимность или степень самораскрытия психотерапевта, профессиональная подготовка, выделяют следующие роли группового психотерапевта: технический эксперт, инициатор, дидактик, опекун, товарищ, поверенный.

Поскольку стили разных психотерапевтов выступают в различном сочетании, существует следующая типология руководителей групп: 1) опекуны — заботятся о пациентах, предоставляют познавательную ориентацию, информируют и советуют; 2) стимуляторы — для них характерен высокий уровень эмоционального стимулирования и средний либо высокий уровень исполнительной функции; 3) социальные инженеры ориентированы на группу и отношения между ее участниками, мало индивидуальны, но проявляют умеренный уровень заботы, ориентированы больше на группу, чем на отдельных пациентов; 4) личностно-нейтральные лидеры — держатся на расстоянии, сохраняют дистанцию, характеризуются средним уровнем эмоционального стимулирования и довольно слабой заботой; 5) либеральные руководители — выражена познавательная ориентация и низкий уровень других характеристик; 6) командиры — высшая степень исполнительной функции, авторитарности, разъяснений, частое использование различных упражнений. Перечисленные типы руководителей групп были классифицированы по степени эффективности их воздействий: три первые (опекуны, стимуляторы и социальные инженеры) признаны относительно эффективными, три последующие (личностно нейтральные лидеры, либеральные руководители и командиры) — малоэффективными.

В самом общем виде основные задачи группового психотерапевта могут быть сформулированы следующим образом: 1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок, поведения, эмоциональных реакций, обсуждению предложенных тем, предоставлению информации и обратной связи, анализу групповых ситуаций и проблем отдельных пациентов и пр.; 2) создание в группе атмосферы взаимного принятия, доверия, доброжелательности, безопасности, взаимопомощи, способствующей самораскрытию пациентов; 3) разработка и поддержание психотерапевтических ценных групповых норм, гибкость в выборе директивных или недирективных техник. При этом часто подчеркивается, что лучших результатов в психотерапии достигают психотерапевты, которые в большей степени ориентированы на опеку и эмоциональную поддержку, а затем уже на стимулирование и руководство.

Средства воздействия, используемые психотерапевтом в ходе групповых занятий, можно условно разделить на две категории: вербальные и невербальные. Первые относительно легко поддаются регистрации и анализу, что же касается вторых, то их гораздо труднее выделить и классифицировать, хотя именно они во многом определяют климат и атмосферу занятия: к ним принадлежит мимика психотерапевта, его жестикуляция, интонации и т. д. Главным средством воздействия являются вербальные средства, классификация которых с точки зрения активности психотерапевта (то есть определения цели, к которой стремится психотерапевт, используя то или иное высказывание) позволяет принятые в психотерапии приемы условно разделить на несколько категорий. При этом следует подчеркнуть, что в каждом ниже приведенном типе активности психотерапевта можно выделить его собственную активность и стимулирование пациентов к активности данного типа.

В качестве основных категорий можно указать следующие. 1. Структурирование хода занятий. Отмечают все высказывания, которые вначале определяют его ход и программу, высказывания, направленные на ограничение непродуктивной активности, на ориентирование обсуждения в соответствующем направлении и пр. 2. Сбор информации. Психотерапевт задает вопросы, поощряет высказывания пациентов и их вопросы. 3. Интерпретация. Наиболее обширная категория психотерапевтических приемов. Интерпретация может относиться как к актуальной ситуации, так и к прошлому пациента. Внутри этой категории можно выделить следующее отражение эмоции (повторение высказываний пациентов, не выходя за пределы их явного содержания), классификация (извлечение из высказывания пациента того, что имеет существенное значение и содержится в высказывании неявным образом), конфронтация (сопоставление отдельных высказываний с целью показать сходства, различия, противоречия), собственно интерпретация (постановка гипотез, которые могут прояснить причинно-следственные связи и истинный смысл того или иного события или поведения). 4. Убеждение и переубеждение,

которое может осуществляться как непосредственно, так и опосредованно. 5. Предоставление информации. 6. Постановка определенных заданий. Речь здесь может идти об использовании вспомогательных техник. Последовательное применение указанных приемов позволяет психотерапевту оптимально использовать психотерапевтический потенциал групповой динамики.

При разнообразии выделяемых ролей, позиций, стилей, характеристик поведения группового психотерапевта существует разделяемое большинством специалистов представление, согласно которому основная задача психотерапевта заключается в недирективном руководстве группой, стимулировании пациентов к активности и созданию атмосферы эмоциональной безопасности и принятия. Необходимость ограничения собственной активности и директивности группового психотерапевта обусловлена тем, что активность участников группы сама по себе является лечебным фактором групповой психотерапии. Важно подчеркнуть, что основные характеристики поведения психотерапевта определяются не только теоретической ориентацией, но и актуальной групповой ситуацией, а также фазой развития психотерапевтической группы.

Организационные аспекты групповой психотерапии. Эффективность групповой психотерапии как лечебного метода подтверждена многочисленными исследованиями в этой области. На основании этих исследований и опыта практической работы сформировались представления об организационных аспектах групповой психотерапии: продолжительности всего курса лечения и отдельного сеанса, частоте занятий, составе психотерапевтических групп и принципах их подбора, количестве психотерапевтов, комбинации различных методов (основных и вспомогательных, вербальных и невербальных) и пр.

Продолжительность курса групповой психотерапии может быть различной. Она зависит от типа медицинского учреждения (стационарный или амбулаторный), нозологической принадлежности пациентов, применяемых методов и ряда других факторов. Однако большинство психотерапевтов и исследователей считают, что оптимальным сроком лечения является 2 мес (8-10 нед) при частоте занятий 4-5 раз в неделю с продолжительностью одного сеанса 1,5 ч. Таким образом, курс групповой психотерапии в оптимальном варианте рассчитан на 40-50 занятий, то есть 60-75 ч.

Важным организационным аспектом, который во многом определяет эффективность групповой психотерапии, является организация психотерапевтической группы с точки зрения ее численности и состава. Психотерапевтическая группа — это малая целевая группа, относительно немногочисленная общность пациентов, находящихся между собой в непосредственном личном общении и взаимодействии, созданная для достижения определенных психотерапевтических целей и использующая для их достижения групповую динамику. На практике число членов психотерапевтической группы колеблется от 3 до 30 человек. Возможно создание малых групп (до 10 человек), средних (от 11 до 20 человек) и больших (от 21 до 30 человек). Однако наиболее эффективной является группа, находящаяся на границе малой и средней и насчитывающая от 8 до 12 участников. Групповая психотерапия иногда сочетается с индивидуальной, однако в таком случае групповая форма все же выступает в качестве ведущего метода лечения. Что касается состава группы, то в литературе чаще всего дискутируется вопрос о таком параметре, как однородность-неоднородность (гомогенность-гетерогенность) группы, то есть о том, каких пациентов следует включать в конкретную группу: совпадающих по своим характеристикам или различающихся. Проблема однородности-неоднородности касается таких характеристик, как нозологическая принадлежность, синдромология, пол, возраст, социокультурный уровень, уровень интеллекта, личностные особенности, основные типы конфликтов и проблем, преобладающие способы поведения и эмоционального реагирования, сходные жизненные психотравмирующие ситуации и пр.

Наиболее дискутируемой проблемой является проблема однородности-неоднородности по нозологическому признаку. Все же в качестве наиболее предпочтительного варианта большинство авторов рассматривает однородную в нозологическом отношении группу. При этом исходят из того, что нозологическая принадлежность в значительной степени конкретизирует задачи психотерапии, определяет направленность и глубину психологических вмешательств. Вместе с тем, имеются данные, свидетельствующие об эффективности и неоднородных в нозологическом отношении групп. Что касается других параметров, то большинство исследователей и практиков склоняются к неоднородности, то есть, по возможности, большему разнообразию других признаков, в частности таких как пол, возраст, личностные особенности, основные типы конфликтов и проблем, преобладающие способы поведения и эмоционального реагирования, сходные жизненные психотравмирующие ситуации и пр. Это связано, прежде всего, с тем, что в таких группах в силу различий между пациентами с большей вероятностью могут возникать самые разнообразные ситуации и взаимодействия, каждая из которых будет значимой для того или иного пациента. Сторонники неоднородности психотерапевтической группы полагают, что в такой группе

возможна более глубокая психотерапия, так как одна из важнейших ее задач заключается в конфронтации пациента, имеющего узкий диапазон поведенческих и эмоциональных стереотипов, с другим, отличающимся, альтернативным поведением и реакциями. Разнородность группы способствует столкновению многих способов реагирования, дает пациенту возможность научиться различать оттенки в отношениях между людьми, учит терпимо, лояльно относиться к противоположному поведению и отличным от своих реакциям, помогает научиться чувствовать себя безопасно в непривычной среде, среди других людей с другими отношениями, ценностями, установками. Отмечают также и такие преимущества разнородных групп, как более эффективное научение, более быстрое формирование групповой культуры, большие возможности ослабления психологической защиты и проекции при интерпретации поведения других и т. д. Приверженцы однородных групп отмечают такие их особенности, как более быстрая взаимная идентификация, ускорение инсайта, уменьшение длительности лечения, быстрое возникновение взаимной эмпатии, катарсис, уменьшение сопротивления и проявлений деструктивного поведения, более редкое формирование подгрупп. Принцип однородности состава группы чаще всего реализуется при лечении крайних возрастных контингентов (дети, подростки, пожилые люди) или лиц с четко доминирующей проблематикой (например, проблемы наркоманической зависимости). Однако в целом можно сказать, что глубинная психотерапия предполагает большее разнообразие в составе группы. При этом, естественно, оптимальный состав группы должен быть таким, чтобы ее члены, несмотря на различия, могли вести между собой плодотворную дискуссию.

Психотерапевтические группы также подразделяются на открытые и закрытые. Открытые группы не имеют постоянного состава участников: по мере окончания лечения одни пациенты уходят из группы, и на их место в состав уже работающей группы включаются новые участники. В открытых группах, как правило, нет заранее фиксированной длительности работы. Закрытые группы отличаются постоянством состава участников, новые члены в группу не включаются даже в том случае, если из нее по какой-то причине выбывает пациент до окончания срока лечения. Закрытые группы обычно имеют фиксированную продолжительность работы.

Вопрос об эффективности открытых и закрытых психотерапевтических групп также широко дискутируется в литературе. Можно указать такие особенности закрытых групп, как их большую эффективность, совместное и одновременное прохождение всеми пациентами фаз психотерапевтического процесса, значительная глубина и сила групповых переживаний, высокая степень идентификации психотерапевта с группой, его большая эмоциональная вовлеченность и ответственность, большая сплоченность и эффективность углубленной работы по достижению инсайта, наличие более благоприятных условий для проведения эксперимента по использованию различных методов психотерапии и их сравнению. В качестве преимуществ открытых психотерапевтических групп называют более легкое усвоение пациентом, вступающим в уже работающую группу, групповых норм, целей, ценностей всего того, что называется групповой культурой или групповой идеологией, в целом, менее выраженное сопротивление, положительное влияние на вновь поступивших участников группы тех пациентов, которые заканчивают лечение, большую эффективность при выполнении различных заданий тренингового и обучающего характера (в частности, научение более эффективным социальным контактам). В целом большинство исследователей и практиков склоняются к тому, что закрытые психотерапевтические группы при ориентации на глубинную личностно-ориентированную психотерапию являются более эффективными, так как в них формируется более выраженная групповая сплоченность, взаимопонимание и взаимопомощь, более теплая эмоциональная атмосфера, а также более глубокое понимание целей и задач психотерапии, друг друга и себя самого. В стационарных условиях обычно используются закрытые психотерапевтические группы. В амбулаторной практике, особенно тогда, когда существует высокая вероятность значительного отсева пациентов в процессе групповой психотерапии, предпочтение отдается открытым группам.

На рис. 6 графически представлены (по данным методики Q-сортировки) расстояния между понятием «я как человек» (1) и другими понятиями — «я как мужчина (женщина)» (2), «я как работник» (3), «я глазами окружающих» (4), «я глазами группы» (5), «я глазами психотерапевта» (6), «моя болезнь» (14), «самостоятельность» (16), «ответственность» (17), «каким я хотел бы быть как человек» (18), «каким я хотел бы быть как мужчина (женщина)» (19), «каким я хотел бы быть как работник» (20). Как видно из рисунка, в процессе групповой психотерапии больных неврозами (начало и окончание ее) происходит сближение реальных и идеальных отношений к себе. Уменьшается расстояние между понятиями «я как человек» и понятиями, характеризующими такие качества, как ответственность и самостоятельность. Выявленное значительное повышение самооценки можно рассматривать как одно из наиболее существенных позитивных изменений в процессе групповой психотерапии, так как, будучи тесно связанным с таким важнейшим элементом системы отношений, как отношение к себе, оно отражает степень самоуважения и эмоционально-

психологического благополучия личности, способствует формированию и развитию адекватного представления о себе и самосознания в целом; обеспечивает целостность системы отношений, адекватный уровень ее динамичности, что является необходимым условием обеспечения полноценного функционирования личности.

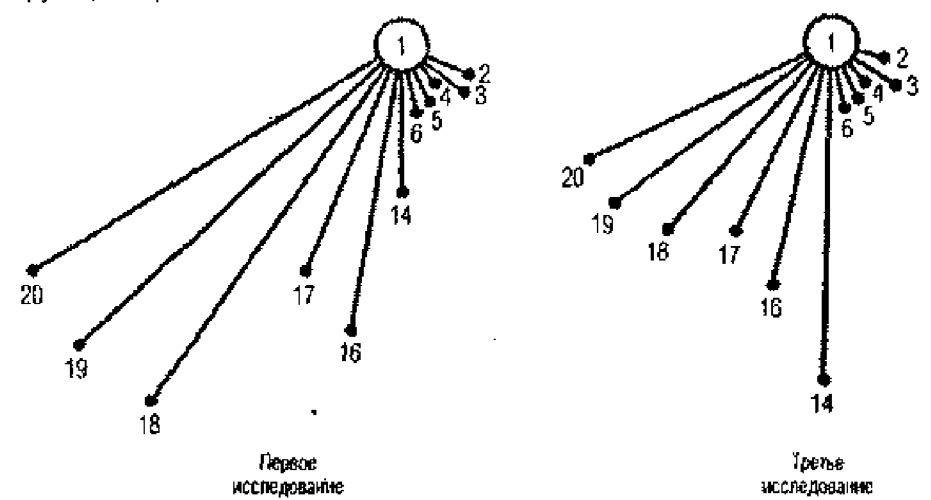


Рис. 6. Расстояния между общим отношением к себе «Я как человек» и другими самооценочными идеальными и реальными отношениями перед началом и после окончания групповой психотерапии в закрытой группе.

На рис. 7 представлены результаты исследования с помощью методики семантического дифференциала Осгуда расстояний между понятием «идеальный психотерапевт» и отношениями к различным методам лечения, психотерапевтической группе и психотерапевту до начала и после окончания групповой психотерапии больных неврозами. К моменту окончания лечения отношение к психотерапевтическим методам, в частности групповой психотерапии, становилось более позитивным, чем к биологическим, что может указывать на удовлетворенность больных лечением. Отношения к психотерапевтическим воздействиям — «моя группа» (13), «групповой психотерапевт» (15), «групповая психотерапия» (10), «индивидуальная психотерапия» (11) — сближаются с идеальными представлениями о психотерапевте (24), а понятие «лекарственная терапия» (12) удаляется от последнего.

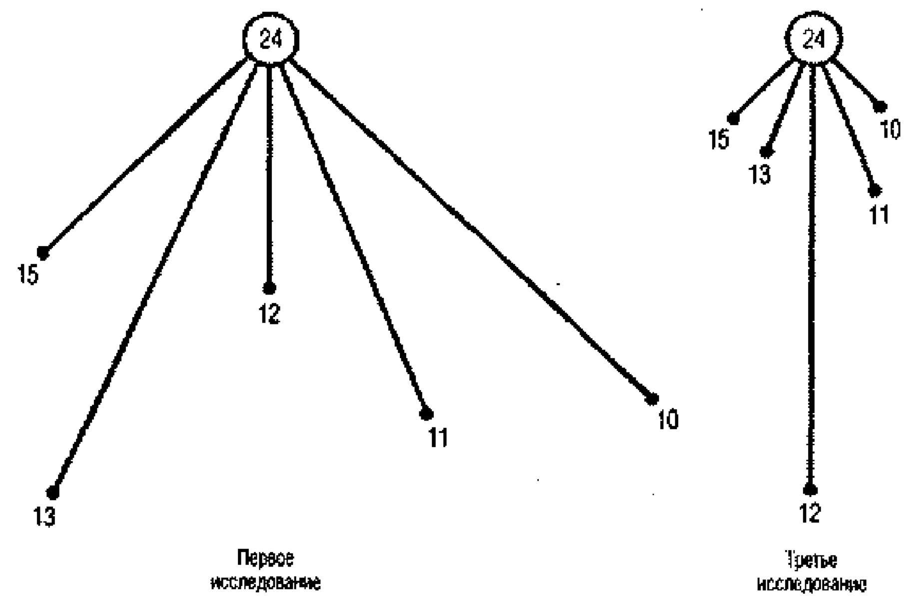


Рис. 7. Расстояния между понятием «идеальный психотерапевт» и отношениями к различным методам лечения, психотерапевтической группе и психотерапевту перед началом и после окончания групповой психотерапии в закрытой группе (объяснения в тексте).

Руководство психотерапевтической группой осуществляется групповым психотерапевтом. Его функции сложны и разнообразны, к его профессиональному уровню и поведению предъявляются высокие требования, что связано с необходимостью быстрого и точного понимания групповой ситуации и того, что происходит с конкретным пациентом, выбора наиболее адекватных способов

воздействия и конкретных методических приемов, высокого самоконтроля в отношении собственных проекций и пр. Поэтому наиболее оптимальным вариантом является ведение психотерапевтической группы двумя психотерапевтами: психотерапевтом и котерапевтом. Сам термин «котерапевт» в определенной степени предполагает подчиненную, второстепенную роль второго ведущего группу. Во многом такие представления обусловлены не только собственно термином, но и тем, что на практике такая совместная работа является одновременно и способом обучения групповых психотерапевтов, как правило, в группе работает один опытный психотерапевт, а другой (котерапевт) — начинающий. В идеале же оба психотерапевта являются равноправными партнерами, действуют в одном направлении. Теоретические попытки каким-либо образом содержательно развести функции психотерапевта и котерапевта по сути никакого практического результата не дали. Следует отметить, что в качестве оптимального рассматривается вариант, когда группу ведут мужчина и женщина, что создает благоприятные условия для разнообразных проекций участников группы, а также специалисты различной базовой подготовки — врач и психолог, каждый из которых привносит свои специфические знания и подходы к групповой ситуации и конкретным пациентам.

Групповая психотерапия применяется в системе комплексного лечения пациентов с самыми различными заболеваниями: неврозы, алкоголизм и наркомании, психозы, психосоматические и хронические соматические заболевания и пр. Показания к групповой психотерапии, так же как и к психотерапии в целом, определяются, прежде всего, ролью психогенных факторов в этиопатогенезе заболевания и его социально-психологическими последствиями.

Контрольные вопросы

1. Групповая психотерапия — это:
   1) самостоятельное психотерапевтическое направление;
   2) метод, использующий в лечебных целях групповую динамику;
   3) метод, ориентированный исключительно на процесс «здесь и сейчас»;
   4) метод, направленный на переработку межличностных конфликтов.
2. Групповая психотерапия — это:
   1) использование любого психотерапевтического метода в группе больных;
   2) ролевая игра;
   3) использование взаимоотношений и взаимодействий в группе как психотерапевтических факторов;
   4) групповая беседа.
3. Наименее конструктивной является следующая роль группового психотерапевта:
   1) комментатор;
   2) технический эксперт;
   3) активный лидер;
   4) опекун.
4. Для психотерапевта динамического направления наиболее характерна следующая роль:
   1) фасилитатор;
   2) инструктор;
   3) интерпретатор;
   4) эксперт.
5. Психодрама — это метод, направленный, прежде всего, на создание условий для:
   1) диагностики неадекватных поведенческих стереотипов и их коррекции;
   2) повышения коммуникативной компетентности;
   3) спонтанного выражения эмоций, связанных со значимой проблематикой;
   4) переработки межличностных конфликтов.

Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество.

На современном этапе развития психиатрии в понятие терапевтической среды различными авторами вкладывается различное содержание. Это выражается и в различии терминологии: «терапия средой», «лечебная среда», «терапевтическая среда», «терапевтическое сообщество».

Терапия средой (от франко-англ. milieu therapy — лечебное воздействие среды, лечение средой) представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором больничного содержания, лечения и реабилитации.

В «Психиатрическом глоссарии», изданном в США, дается следующее определение терапевтического сообщества: «Термин британского происхождения, в настоящее время широко применимый для обозначения специально структурированной больничной среды, поощряющий деятельность пациентов в рамках социальных норм. Специальные обучающие методы применяются для преодоления чувства зависимости пациентов, для поощрения у них чувства личной ответственности и ускорения их социальной реабилитации».

Трактовка сущности лечения средой вплотную упирается в понимание соотношения биологического и социального в этиопатогенезе нервно-психических заболеваний (а также в их лечении и реабилитации).

Общая цель терапии, средой — максимализация адаптивных возможностей психически больного — подчинена общей цели реабилитации — восстановлению личного и социального статуса пациента (Кабанов).

Терапевтическая среда в широком смысле — это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и палатах, режим «открытых дверей», организация (желательно самими пациентами) кафе, пунктов продажи, парикмахерских, совместные развлечения, различные виды занятости и пр. В ином смысле — это скорее характер складывающихся и определенным образом направляемых взаимоотношений больного с окружающими его людьми — персоналом, другими пациентами, семьей. В этом смысле понятие терапии средой приближается к концепции терапевтического сообщества (therapeutic community).

О терапии средой следует говорить тогда, когда проводится целенаправленная работа по созданию терапевтической среды — «направляемый в лечебно-восстановительных целях характер взаимоотношений» (Кабанов).

В психоаналитически ориентированных подходах, согласно определению Аммона, психоаналитическая терапия средой рассматривается как «попытка оказаться адекватным проблеме тех пациентов, тяжелые нарушения Я которых делают для них невозможным сделать свое поведение предметом рефлексирующего наблюдения, и которые не в состоянии с помощью терапевтической группы, представляющей их прошлую и актуальную жизненную ситуацию, получить инсайт на свое поведение и конфликты. Терапия должна сделать еще один шаг, от символического воспроизведения жизненной ситуации терапевтической группой к действительной пересадке ее в терапевтическую среду, которая полностью включает в себя по месту и времени жизненную ситуацию пациента. Жизненная ситуация и ситуация лечения становятся идентичными». «Лечебная среда одновременно становится терапевтической и социальной действительностью, способствуя социальному процессу нового научения и нового обусловливания, которое может быть проверено непосредственно» (Батегей). Следует отметить, что чем больше психическая дезорганизация больного, тем проще и компромисснее может быть терапевтическая среда.

Таким образом, понятия «лечение средой» и «терапевтическая среда» наполняются в большей степени социально-психологическим содержанием.

В более широком смысле терапевтическое сообщество является неспецифическим организационным базисом для любого психиатрического отделения, в рамках которого может применяться самое различное лечение, как биологическое, включая медикаментозное, так и психосоциальное. Как говорит известный чешский психотерапевт Кратохвил, эта организационная структура «облегчает и возвышает терапевтическое действие и является современной формой лечения». Главным положением, определяющий применение терапевтического сообщества для лечения больных неврозами, является, по Кратохвилу, «использование модельной ситуации для проекции и изменения малоадаптивных межличностных стереотипов поведения». Понятие терапевтического сообщества включает в себя элементы динамической психотерапии, направленной на патогенетический анализ, проникновение и пересмотр своих отношений, а также элементы условнорефлекторной или поведенческой психотерапии, пользующейся обучением, тренировкой. При этом может преобладать тот или другой психотерапевтический подход (или их комбинация). При проведении различных лечебно-восстановительных мероприятий в рамках терапевтической среды (терапевтического сообщества) не должно быть противопоставления

медицинской и социальной модели заболевания, одна модель должна как бы накладываться на другую в процессе лечения. Причем степень этого взаимопроникновения зависит, конечно, от природы заболевания, степени его тяжести, характера течения болезненного процесса и т. д.

В зависимости от базисных концепций существуют и соответствующие модели терапии средой, такие как социотерапевтическое сообщество, психоаналитическая терапия средой, терапевтическая среда социального научения, интегративная модель терапевтической среды.

1. Социотерапевтическое сообщество, основателем которого следует считать Джонса. В основе концепции терапевтического сообщества лежит утверждение, что противодействие болезненному процессу, а также восстановление и развитие способностей пациента к адаптивному поведению в здоровом обществе возможно путем такой организации отношений между врачами, медицинским персоналом и больными в совместной деятельности, которая обеспечивает оптимальное использование их терапевтических способностей. Исходная модель терапевтического сообщества, по Джонсу, предполагает, таким образом, изменение, реформирование социальной структуры психиатрического стационара. Джонс, а позднее и другие авторы описали основные принципы формирования процессов среды: демократизация — отказ от традиционных статусных различий, «иерархического порядка», облегчающий открытую коммуникацию; участие пациентов в терапевтическом процессе — пациенты выступают в качестве терапевтов друг другу; разделение ответственности за социальное функционирование отделения; формирование новых социальных ролей у медперсонала и пациентов, формирование «терапевтической культуры» и др. В данной модели функционирования среды предусматриваются ежедневные собрания всех участников терапевтического процесса для обсуждения вопросов лечения, еженедельные конференции персонала для разбора затруднений в его работе и регулярные встречи пациентов в малых группах для анализа их личностных проблем.

Реализация принципа партнерства связана с изменением стиля общения персонала с больными и исходной установки, определяющей тот угол зрения, под которым рассматривается больной. Предпосылкой служит преодоление одностороннего профессионального подхода к больному, который делает его объектом диагностических и терапевтических мероприятий, и формирование эмоциональных отношений с пациентом, основанных на понимании и принятии его как личности. Любое доминирование вне зависимости от того, проявляется ли оно в авторитарном стиле руководства или в чрезмерно заботливой, сочувствующей опеке (именно эта форма гиперпротективного общения становится источником новых форм госпитализма и возникновения контингента так называемых больничных функционеров), должно быть устранено как стесняющее собственную инициативу больного. Имеет значение сбалансированное соотношение самовыражения пациента и проявления им собственной инициативы с формами воспитательного воздействия «сообщества» больных, врачей, среднего медицинского персонала.

Эта новая ориентация требует от всех сотрудников, занимающихся лечением больных, новых форм поведения. Она выводит врача из ситуации терапевтической диады и делает необходимым его активное участие в социальной жизни отделения. Принятие такой позиции не всегда бывает для врача беспроблемным. В силу недостаточной подготовки в области социотерапии он не всегда чувствует себя в состоянии удовлетворить требованиям неформальной социальной ситуации. Потеря авторитарности, права на диррективвое осуществление режимных требований поначалу ведет к отчетливой неуверенности в социальном статусе персонала и порождает с его стороны упорные попытки вернуть утраченные командные позиции. Научение руководству больными через больных, правильному сочетанию дисциплинарно-нормирующего поведения и эффективного наблюдения за больными с установлением в коллективе больных неформальных отношений встречает большие трудности. Оно достигается только в процессе практической работы на основе постоянного анализа ситуаций, складывающихся в коллективе, и конкретных способов их решения. Интенсивная подготовка персонала составляет, таким образом, решающую предпосылку рациональной организации терапии средой.

Центральным моментом в реализации принципа партнерства является достижение должной согласованности между целями персонала и целями больных. Необходимость однозначного понимания целей работы и способов их достижения всем медицинским персоналом, вступающим в терапевтические отношения с больными, очевидна. Организационной предпосылкой такого единообразия является объединение персонала, занимающегося одним и тем же больным, в терапевтические бригады.

Развитие стабильных и терапевтически действенных отношений больных между собой и с медицинским персоналом решающим образом зависит от длительности совместной жизни и работы. Поэтому необходимо ведение больного в течение всего времени его лечения одной и той же терапевтической бригадой. Принцип демократического нахождения решений требует отказа от

иерархической формы сообщения информации только сверху вниз, ставящей членов лечебного коллектива в подчиненные отношения. Иерархия членов коллектива и распределение в нем ролей определяется прежде всего пониманием дела, степенью осведомленности. Важные мероприятия должны разрабатываться и обсуждаться больными и персоналом совместно, что способствует организации единой согласованной деятельности терапевтического коллектива. Совместные решения могут быть правильно приняты лишь при оптимальной информированности персонала о процессах, протекающих в коллективе.

Для повышения информированности врачей и персонала большое значение имеют неформальные контакты с больными на самых различных уровнях — во время совместных мероприятий культурно-развлекательного характера, в клубе, на уик-энде и т. п. В любом случае необходимо создание возможностей для непосредственной коммуникации всех членов коллектива по всем проблемам совместной жизни.

Система самоуправления имеет в основе самообслуживание больных и самостоятельную организацию ими быта и внутренней жизни коллектива. Она связана с выполнением функций, соответствующих разнообразным общественным ролям (дежурные по палатам и столовой, ответственные за организацию прогулок, члены совета больных и назначенных им комиссий). Эта система должна предусматривать регулярную сменяемость функций, обеспечивающую последовательное выполнение каждым больным самых разнообразных ролей, соблюдение принципа гласности и постоянное осознание каждым больным своего места в общественной жизни коллектива.

Основными органами самоуправления больных являются общее собрание и избираемый на нем совет больных. На собрании поощряются критические высказывания, обсуждается жизнь коллектива, выполнение больными лечебного режима, дисциплинарные нарушения. Сообщество информируется о выписанных и поступивших больных. Составляются планы культурно-развлекательных, спортивных и лечебно-трудовых мероприятий, обсуждается их выполнение, отчитывается и переизбирается совет больных, который непосредственно руководит проведением общих собраний.

Совет больных представляет перед администрацией интересы больных и содействует персоналу в проведении социотерапии. Ему принадлежит важная роль в формировании неформальных групп больных и распространении на них такового влияния, которое побуждало бы их идентифицировать свои цели с терапевтическими требованиями. Эта работа требует тщательного руководства и поддержки со стороны лечебного персонала. Внимание персонала должно быть направлено на предотвращение деструктивных групповых формирований, часто возникающих вокруг делинквентных и психопатических личностей с их антитерапевтическими целями или ориентацией на нереальные нормы. С другой стороны, важно своевременно выявить пассивных, зависимых больных, занимающих в коллективе изолированное положение, рационально объединить их и вовлекать во взаимодействие.

Проведение регулярных собраний больных и распределение между ними социальных функций еще не создает сплоченного коллектива, хотя и является важной предпосылкой для его возникновения. Обязательным является проведение занятий в динамических группах и ежедневные разъяснения членам сообщества складывающихся отношений в обстановке неограниченной терпимости. Помимо этого проводятся следующие терапевтические мероприятия: индивидуальная психотерапия (особенно в тяжелых случаях), арттерапия, музыкотерапия, хореотерапия и другие вспомогательные психотерапевтические методы.

2. Психоаналитическое психотерапевтическое сообщество. Согласно этой концепции, психоаналитическое учреждение представляет собой «терапевтическое поле» (по Левину), которое должно реализовать социальную жизнь пациентов с помощью деятельности малых и больших групп. При этом общество рассматривается здесь в меньшей степени как место тренинга социальных взаимодействий, а главным образом как сцена, на которой осознаются и прорабатываются невротические проявления. Модификация невротического реагирования в соответствии с требованиями реального жизненного пространства, приобретение опыта искренних и легких социальных отношений и воздержанности от чрезмерных претензий дают возможность для стабильной жизни в реальном мире и усилению Я-функций. Терапевтическая среда служит пациенту для повторения патогенной жизненной ситуации в первичной группе, которая приобретает вторичную патологическую автономию. Терапевтическая ситуация является в этом смысле локусом переноса. Поскольку перенос происходит в ситуации, свободной от патогенной динамики первичной группы и поэтому отвечающей на поведение пациента не враждебно, а пониманием и защитой, речь идет не о простом повторении, а о коррекции раннего эмоционального опыта. Психотерапевт становится активным партнером в жизненной ситуации

пациента. Он становится одним из важнейших факторов этой жизненной ситуации. В отношении взаимодействия между терапевтом и пациентом речь идет, следовательно, об активной прямой терапии. Так же терапевт в совместной ситуации терапевтической среды является истолкователем поведения и конфликтов пациентов лишь во вторую очередь. Он интерпретирует действия и конфликты пациентов и отвечает на них прежде всего своим поведением.

Психотерапевт вступает, иными словами, в жизненную ситуацию пациента как активный партнер, чтобы помочь ему понять и изменить ее. Цель при этом — дать пациенту в рамках терапевтической среды и в прямом взаимодействии с терапевтом сначала возможность нового эмоционального опыта, часто впервые сообщая ему ощущение удачи и положительное чувство собственного существования. Таким образом может быть создана основа чувства Я, позволяющая пациенту постепенно принять и вербальную аналитическую интерпретацию своего поведения и конфликтов и работать с этой интерпретацией. Между невербальным отреагированием симптоматики и вербальной психоаналитической интерпретацией тем самым появляется неформальное, преимущественно невербальное, но при этом все же аналитически контролируемое взаимодействие между пациентом и его терапевтическим окружением, которое служит эмоциональной коррекции как базе для дальнейшей аналитической работы.

Терапевтическая среда формируется группой психотерапевтов и помогающим им сотрудников. Эта терапевтическая бригада включает психотерапевтов, молодых, находящихся на обучении психиатров, клинических психологов, в особенности обученных и подготовленных социальных работников, медсестер, санитаров, интернистов, арттерапевтов, музыкотерапевтов, трудотерапевтов и т. д. Разные члены терапевтической бригады выполняют специфические функции в формировании терапевтической среды, ее поддержании и укреплении. Связь этих различных функций, их безупречная согласованность осуществляется благодаря постоянной совместной рефлексии и контролю, последовательной супервизией. Отдельные члены бригады имеют специфические задачи, являясь специализированными факторами групповой границы, терапевтической среды. Центральная фигура бригады — психиатр (врач-психотерапевт), который несет ответственность за пациента и координирует все взаимодействия в бригадной группе относительно пациента. Его задачей является в рамках более узкой терапевтической ситуации, то есть в психоаналитической интеракции с пациентом, постепенно помочь ему получить инсайт на динамику переноса и сопротивления своих интернализованных конфликтов и постепенно заложить основу для нарастающей вербализации взаимодействия.

Остальные члены или подгруппы терапевтической бригады служат тому, чтобы поддерживать и укреплять возникновение и постепенное дифференцирование этого аналитически ориентированного психотерапевтического процесса. Персонал, олицетворяющий учреждение клиники и ее распорядок, имеет при этом в целом функцию «третьего лица» (Аммон), расширяя более узкую терапевтическую ситуацию в терапевтическое поле. Задачей персонала является представить пациенту реальность ситуации и конфронтировать его во всех сферах его жизненной ситуации в клинике там, где его патологические ожидания, определяемые бессознательной динамикой переноса, не совпадают с реальностью, и при этом в каждом случае избегать бессознательного совместного поведенческого отреагирования. Сотрудники обращаются с пациентом с самого начала как с лицом, несущим за себя полную ответственность, инфантильная сторона его личности игнорируется или не принимается, обращаются к здоровому Я. Пациент ни в коем случае дополнительно не инфантилизируется.

Постоянная конфронтация с больными компонентами Я, воспринимаемая больным в дружеском, но ориентированном на реальность поведении персонала, расшатывает патологические компоненты его личности, которые могут постепенно начать переживаться как чуждые Я и становиться проблемой, которая затем может прорабатываться психотерапевтически.

Терапевтическая среда в ее различных гранях, которые служат или конфронтации больного, или дают ему преходящую идентификацию с конструктивными факторами в рамках терапии средой, является в целом лишь непременной предпосылкой для аналитического освещения и проработки ставших бессознательными конфликтов пациента.

Важный вклад в формирование этой концепции сделал Кернберг, который перенес психоаналитическую теорию «связи с объектом» на психиатрический стационар. Динамические интеракции между индивидами, группой и стационаром рассматриваются и интерпретируются как открытая система. Вследствие этого психоаналитически-ориентированная терапия средой устанавливает взаимосвязь закрытой системы интрапсихического болезненного процесса с поведением в группе и обществе.

3. Теория научения. В соответствии с этой теорией модель терапевтической среды строится на различных приемах вмешательства и коррекции нарушенного поведения. Одной из таких методик,

впервые примененных к госпитализированным хроническим больным, является методика подкрепления (поощрения) «экономической» стимуляцией. Отдельные, социально одобряемые поступки этих больных вознаграждались пластиковыми деньгами, которые впоследствии заменялись на необходимые или желаемые акции (еда, прогулка, разговор и др.). Айллон, Ферветер описывали целые группы пациентов, которых удалось таким образом сориентировать на внешние требования и вернуть к жизни вне психиатрического стационара. В Институте им. В. М. Бехтерева в отделении внебольничной психиатрии, где разрабатывались принципы терапии средой, Воловик применял видоизмененную «жетонную» систему для оценки деятельности функциональных групп психотерапевтического сообщества, что способствовало повышению заинтересованности больных в достижении оптимальных результатов.

В последующем были определены принципы построения модели терапевтической среды, исходя из теории социального научения. Эти принципы формулировались как «законы»: закон участия (новым способам поведения тем лучше можно обучиться, чем больше и чаще они используются самостоятельно), закон эффективности (новые способы поведения применяются тем чаще, чем они эффективнее) и др. Программа социального научения реализуется в двух основных направлениях: путем подражания поведению других людей, учитывая, что на разных этапах индивидуального развития человека за внешне сходными явлениями подражания скрыты различные психологические механизмы, и путем представления внешних влияний и ответных реакций на них символически, в виде «внутренней модели внешнего мира». Помимо этого, модель терапевтической среды, основанная на социальном научении, содержит также и другие приемы модификации поведения.

4. Интегративная модель. Критическая реакция на концепцию терапевтического сообщества как на идеалистически-утопическую впоследствии распространилась и на практически-технические аспекты терапии, построенной в соответствии с этой теорией. Сформировались взгляды, хотя и поддерживающие принципиальные позиции терапии средой, но предъявляющие требования к их дальнейшей разработке и развитию. Тот или иной тип среды («контроль», «поддержка», «структурирование», «активное участие») может иметь свои преимущества и недостатки для различных популяций пациентов. Другие авторы указывали, что потребности в среде у отдельных пациентов различны на разных этапах болезни и в соответствии с этим должны определяться типы среды: структурирующая — в кризисной фазе болезни, уравновешивающая — в острой фазе, воодушевляющая (ободряющая) — на стадии реабилитации, рефлексирующая — в интенсивной стационарной психотерапии, заботящаяся — в лечении хронических больных. Эти типы терапевтических сред позволяют осуществлять оперативное вмешательство, руководствуясь групповыми принципами (участие, коммуникация, социальное научение и др.).

Таким образом, в подходе к организации терапевтической среды в настоящее время существуют две основные тенденции. Первая направлена на отказ от универсальной модели среды и создание системы специализированных терапевтических сред, обеспечивающих переход больного из одной среды в другую по мере изменения его психопатологического и личностного статуса. Вторая, противоположная тенденция состоит в разработке гибких, пластичных, полифункциональных сред, объединяющих в себе достоинства самых разнообразных видов лечения.

Эффективность терапевтической среды обеспечивается различными факторами: 1) демократической выработкой решений и распределением ответственности; 2) ясностью терапевтических программ, ролей и лидерства; 3) высоким уровнем взаимодействия между персоналом и пациентами; 4) малым размером отделений; 5) позитивными ожиданиями персонала; б) высоким моральным уровнем персонала; 7) практической проблемной ориентацией лечебного коллектива.

Контрольные вопросы

1. Для какого из типов терапевтического сообщества характерны: демократизация; принцип партнерства; участие пациентов в терапевтическом процессе; формирование новых социальных ролей у медперсонала?

1) Интегративного;

2) с позиций теории научения;

3) социотерапевтического;

4) психоаналитического / психотерапевтического.

2. В развитие терапевтического сообщества, построенного с позиций теории научения, внес вклад:

1) Джонс;
2) Кабанов;
3) Аммон;
4) Айллон.

Другие направления в психотерапии.

Суггестивная психотерапия.

Внушение (от лат. suggestio) определяется как подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических и соматических процессов. Путем внушения вызываются ощущения, представления, эмоциональные состояния и действия, а также оказывается влияние на вегетативные функции без активного участия личности, без логической переработки воспринимаемого.

Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия) обычно оказывают дополнительное влияние. Предлагаются различные классификации внушения: внушение и самовнушение, внушение прямое или открытое, косвенное или закрытое; внушение контактное и дистантное. В медицинской практике используются соответствующие приемы внушения в бодрствующем состоянии и состоянии естественного, гипнотического и наркотического сна. Внушение в состоянии бодрствования присутствует в той или иной степени выраженности в каждой беседе врача с больным, но может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. Формулы внушения обычно произносятся повелительным тоном, с учетом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, работоспособности и др.), так и на устранение отдельных невротических симптомов. Обычно внушению наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного внушения и убеждение больного в его эффективности. Эффект внушения тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение. Степень реализации внушения определяется также особенностями личности больного, выраженностью «магического» настроя, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью неизвестных науке средств и способов.

Внушение в состоянии естественного сна путем нашептывания фраз спящему ребенку применяли Вяземский и др. Оно проводится тихим голосом, но внушающим тоном. Фразы, направленные на углубление сна, чередуются с лечебными внушениями, повторяемыми с паузами. За сеанс проводится до 6 серий таких внушений. Лечение этим методом трудноосуществимо, что может быть связано со слишком чутким, поверхностным сном, приводящим к легкому пробуждению, резко выраженной ориентировочной реакцией или слишком глубоким сном, при котором добиться суггестивного воздействия не удается. Наиболее широкое применение внушения во время естественного сна нашло при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Однако нельзя исключить, что в этих условиях происходит общение со спящим по типу гипнотической коммуникации.

Внушение в состоянии гипнотического сна в лечебных целях широко распространено. При использовании методики наркопсихотерапии лечебное действие внушения реализуется в условиях искусственно вызванного наркотического сна. К методам, близким к наркопсихотерапевтическим, относится применение с психотерапевтической целью газовой смеси кислорода и закиси азота.

Косвенное внушение — разновидность внушения, при котором его содержание подкрепляется строго определенными и конкретными условиями, при наличии которых оно будет реализовываться. В случае косвенного внушения используется дополнительный раздражитель, приобретающий новое информационное значение из-за произведенного прямого внушения. Эта форма внушения является основой опосредующей и потенцирующей психотерапии.

Уверенность больного в лечебном эффекте является активным фактором, который играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способны усилить ее действие. Механизм «вооруженного внушения», «чрезпредметного» внушения или косвенного психотерапевтического эффекта (Бехтерев) необходимо иметь в виду при использовании любых лечебных воздействий, в том числе биологической природы.

Методика «маска» — вариант косвенной (опосредованной) психотерапии. В этом случае медицинский персонал предварительно готовит больного к процедуре, заключающейся в ингаляции «нового, чрезвычайно эффективного» лекарства, которое «специально заказано для больного» и будет использовано в особых условиях. Пациента укладывают на стол, закрывают лицо наркозной маской, смоченной неизвестной ему пахучей жидкостью, и, когда он начинает ее вдыхать, осуществляют внушение, направленное на восстановление нарушенных функций, обычно истерической природы (мутизм, стойкие гиперкинезы, паралич и т. д.). Впервые об использовании методики «маски» упоминается в лекции выдающегося психоневролога Флексига, состоявшейся в Лейпциге в 1924 г.; демонстрировалась девушка, вообразившая, что у нее стеклянный зад. Боясь «разбить» его, она не садилась и не ложилась на спину. Флексиг пообещал пациентке удалить все стеклянные части оперативным путем. Больную в присутствии студентов уложили на стол, на лицо была наложена эфирная маска, один из ассистентов разбил над ее головой стеклянный сосуд, профессор произвел соответствующее внушение, после которого больная встала, спокойно села на предложенный ей стул и объявила, что она чувствует себя полностью выздоровевшей. Косвенное внушение с использованием «маски» чаще применяется при зафиксированных истерических нарушениях как завершающий этап личностно-ориентированной психотерапии, подготовившей пациента к «отказу» от симптома (выполнявшего приспособительные, адаптивные функции). Использование «маски» в подобных случаях убеждает в ценности симптомо-ориентированных методов, если применение их основывается на адекватном понимании механизмов развития невроза и включается в систему патогенетически обоснованной психотерапии.

Психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии. В широком понимании это усиление эффективности биологической терапии, к которой в первую очередь относятся фармакологические средства, физиотерапия, другие физико-химические факторы, например, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.) с помощью суггестивных приемов. Сложность вопросов психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии определяется степенью разрешения одной из труднейших проблем современной психотерапии и психологии в целом — соотношения психологического и биологического в человеке. Как известно, современное состояние психологических, философских и медицинских наук однозначного ответа на этот вопрос не дает. В механизмах психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии представлены психологические явления различного уровня. К ним в первую очередь относятся макропсихологические процессы и процессы массовых коммуникаций. Это тенденции общественного сознания, культурные особенности, коллективные и групповые верования, а также такие явления, как мода и психологические аспекты действия средств массовой информации. В последнее время все активнее в процессы лечения вмешивается реклама, и ее воздействия нельзя не учитывать.

Помимо макропсихологических, на психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии влияют также микросоциальные процессы, относящиеся к малым группам, в первую очередь реальным, в которые включен пациент. На этом уровне особое значение приобретает характер взаимодействия в терапевтической диаде «врач—больной». Сложность и многоплановость процесса терапевтической коммуникации известна. Так, например, обсуждение с пациентом планируемого лечения в значительной мере повышает его эффективность и снижает частоту и выраженность негативных эффектов биологической терапии. Индивидуально-психологические эффекты психотерапевтического опосредования и потенцирования биологической терапии в современной психотерапии изучены в большей степени и описываются в первую очередь через процессы косвенного (опосредованного, вооруженного) внушения и плацебо-эффекты.

Однако психотерапевтическое опосредование и потенцирование биологической терапии может рассматриваться и как самостоятельный психотерапевтический подход. Филатов указывает основные его принципы: учет оценочных суждений больного о том лечении, которое врач намерен ему назначить; учет мнения пациента о препарате; формирование эмоционального положительного отношения больного к предстоящему лечению; формирование реакции ожидания лечебного действия препарата; потенцирование лечебного эффекта как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного; дезактуализация возможных побочных явлений, связанных с приемом препарата; аксиологическая переориентация значимости для больного побочных действий препарата; коррекция эгротогении; формирование лечебной перспективы в связи с проводимой терапией.

Плацебо-терапия (от лат. placebo — понравлюсь, удовлетворю) — один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения или процесса научения. Развитие психофармакологии и внедрение в медицинскую практику все новых психотропных средств способствовали увеличению числа случаев, когда применение тех или иных препаратов сопровождалось положительным или отрицательным эффектом, не соответствующим ожидаемому действию (Лапин). Поэтому при испытании новых медикаментозных препаратов стали широко использоваться лекарственные формы, получившие название «плацебо». При приеме «пустышки» (плацебо-препарат имитирует по цвету, вкусу, запаху исследуемый, но содержит вместо действующих компонентов индифферентные) одна треть как больных, так и здоровых испытуемых сообщают о результативности медикамента.

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрицательным плацебо-эффектами и лиц, при исследовании которых сколько-нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нонреакторы). Плацебо стали назначать и на длительное время для косвенной (вооруженной) психотерапии или так называемой плацебо-терапии (медикаментозной психотерапии). Составляющей плацебо-эффектов являются процессы научения (условно-рефлекторные механизмы и моделирование). Если условно-рефлекторное научение объясняет длительность плацебо-реакций (например, при приеме плацебо-транквилизаторов плацебо-реакций могут сохраняться в течение 2 — 3 лет), то моделирование делает понятной их зависимость от личности врача и больного. Наиболее выраженные плацебо-реакций наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом. Личность психотерапевта, назначающего лекарство, всегда решающим образом отражается в плацебо-эффектах и тем самым на действии любого медикамента. Успех терапии с помощью плацебо у разных врачей различен, но у одного и того же — повторяем. Результаты лечения зависят от способности специалиста к терапевтической коммуникации и его убежденности в действенности препарата также и тогда, когда речь идет о плацебо.

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов. Перечислим лишь некоторые из них: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, характер информации, содержащейся в аннотации к препарату, предшествующая эффективность лекарства у данного больного, его установка на психотерапию, физиотерапию или лекарственные средства, отношение пациента к специалисту, назначающему препарат, и отношение врача к лекарству, установка врача на психотерапию или биологическую терапию, репутация лекарства среди других больных, отношение к препарату членов семьи и т. д. Лапиным описан семейный, в частности родительский, плацебо-эффект, под которым понимается высокая положительная (или отрицательная) оценка родственниками изменений состояния больного, получающего плацебо, причем ни сам пациент, ни член семьи, оценивающий эти изменения, не знают, какой препарат назначен. Таким образом, необходимо учитывать, кто из близких наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения, их отношение к лечению последнего. Положительный родительский плацебо-эффект улучшает «терапевтическую» среду в семье, повышает чувство оптимизма, благоприятно сказывается на состоянии больного. Оценить эффективность медикаментозного лечения можно лишь с учетом плацебо.

Шапиро утверждает, что плацебо-эффект — это «фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии». Ожидание больным пользы от лечения само по себе может иметь устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психотерапии также в определенной мере зависит от способности врача сформировать у пациента надежду на улучшение, а это означает, что плацебо-эффект проявляется в каждом контакте «психотерапевт — больной». Плацебо-эффект может быть носителем неосознаваемых элементов взаимоотношений между врачом и пациентом, например проявлений агрессии, сопротивления, защиты. Таким образом, ни один медикамент или какое-либо психотерапевтическое воздействие не лишено плацебо-суггестивного эффекта. Этот эффект может быть систематически использован как плацебо-терапия, интегрированная в комплексное лечение.

Самовнушение, или аутосуггестия, — это процесс внушения, адресованный самому себе. Самовнушение позволяет субъекту вызывать у себя те или иные ощущения, восприятия, управлять процессами внимания, памяти, эмоциональными и соматическими реакциями.

Сущность самовнушения по Павлову заключается в концентрированном раздражении определенной области коры головного мозга, которое сопровождается сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих коренные интересы всего организма, его целости и существования. Действие самовнушения, согласно теории Ухтомского, объясняется концентрированным раздражением определенного участка коры, то есть возникновением

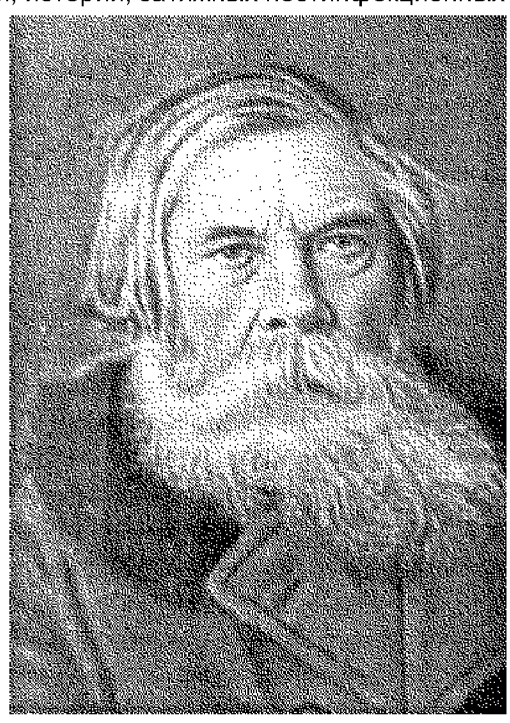
доминанты на фоне сниженного коркового тонуса. При таком состоянии коры над реальным воздействием среды превалируют второсигнальные следовые процессы.

Куликов отмечает, что самовнушение формируется в филогенетическом и онтогенетическом планах на базе внушения. Сначала в процессе интерпсихических отношений между людьми складывается гетеросуггестия, а затем способность индивида внушать другим людям интериоризуется, становится интрапсихической способностью личности. Это положение основывается на учении о происхождении психических функций Выготского. Высказывается предположение, что аутосуггестия базируется на механизмах обратной афферентации и опережающего отражения (Бернштейн, Анохин, и др.).

В разработку метода лечебного самовнушения внесли вклад отечественные исследователи. В 1881 г. Тарханов опубликовал результаты одного из первых научно достоверных наблюдений о влиянии самовнушения на непроизвольные функции организма. Боткин в 1897 г. предложил обучать больных сознательному использованию самовнушения для предупреждения и преодоления невротической фиксации симптомов соматических заболеваний.

Самовнушение является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) различных методов психотерапии: аутогенной тренировки, биологически обратной связи, медитации, йоги, релаксации.

Самовнушение по Бехтереву — методика, описанная Бехтеревым в 1890 — 1892 гг., представляет собой оригинальный прием самовнушения, производимого в состоянии легкого гипнотического сна (в начальных стадиях гипноза). Лечение проводится амбулаторно. Больной, погруженный в состояние легкого гипнотического сна, трижды произносит слова самовнушения, направленного на устранение основного симптома болезни. При последующих сеансах добавляются самовнушения, направленные на устранение других болезненных нарушений. В дни между сеансами больной должен систематически повторять формулу внушения, по возможности «воспроизведя в памяти ту обстановку, в которой производилось внушение». Позднее, в 1911 г., Бехтеревым была описана методика самовнушения, осуществляемого перед естественным сном или сразу после пробуждения. Для этой методики формула самовнушения вырабатывается соответственно конкретному случаю, произносится от первого лица, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени. Этот прием автор рассматривал скорее как вспомогательный при лечении методом внушения, но в ряде случаев считал ого эффективным и при самостоятельном применении. Метод самовнушения на начальных стадиях гипноза оказался эффективным при неврастении, истерии, затяжных постинфекционных астенических состояниях.



В. М. Бехтерев

Бехтерев Владимир Михайлович родился в 1857 г. в Вятской губернии в семье деревенского полицейского. В 16 лет поступил в Медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге. После третьего курса в составе санитарного отряда отбыл на войну в Болгарию. Вернувшись, успешно

закончил два последних курса и остался на кафедре психиатрии для подготовки к профессуре под руководством Мержеевского. В 1881 г. защитил диссертацию на тему «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных болезней». В 1884 г. в Лейпцигской психиатрической клинике в Германии изучал анатомию нервной системы. В том же году проходил стажировку в парижском госпитале Сальпетриер у Шарко. В 26-летнем возрасте по рекомендации Мержеевского и Балинского возглавил кафедру психиатрии Казанского университета, где открыл психологическую лабораторию, основал психиатрическую клинику, учредил Общество невропатологов и психиатров, начал издавать журнал «Неврологический вестник». В 1893 г. Бехтерев возглавил кафедру нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге. В 1905 г. Советом профессоров был избран на непродолжительное время ее начальником. За книгу «Проводящие пути головного и спинного мозга» (1896 — 1898) был удостоен Золотой медали Российской Академии Наук. В 1908 г. им основан Психоневрологический институт, ныне носящий его имя.

Основные труды: «Объективная психология» (1907-1911), «Внушение и его роль в общественной жизни» (1908), «Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение» (1911), «Общие основы рефлексологии человека» (1918), «Коллективная рефлексология» (1921), «Мозг и его деятельность» (1928).

Умер Бехтерев в 1927 г. Его внезапная кончина окружена тайнами и предположениями вплоть до сегодняшнего дня.

Широкое распространение среди приемов самовнушения получила методика французского аптекаря Куэ. Нередко целебное действие разных лекарств, которые он продавал в своей аптеке, он не мог обосновать физиологически и объяснял «силой воображения» больных. Он стал учиться технике внушения и гипноза у Льебо и Бернгейма, а в 1910 г. открыл в Нанси собственную клинику, где лечил по своей методике. Об этой методике он читал лекции на родине и в Англии, которые позднее издал небольшой книгой. Куэ заметил, что даже довольно внушаемый человек невосприимчив к внушению, если противится ему и не претворяет его в самовнушение. При всякой болезни, утром, сразу как проснулся, и вечером, в постели, с закрытыми глазами, Куэ рекомендовал внушать себе: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше, лучше». Внушать без усилия, без раздумья, по-детски, машинально, «как молитву». При этом хорошо перебирать узлы бечевки (сколько слов, столько узлов). Куэ лечил пациентов с самыми различными заболеваниями.

Методику Куэ развил и аргументировал Бодуэн, исходивший из предположения, что поведением человека управляют воображение и подсознательные влечения. При мысленном повторении одних и тех же фраз автоматически возникает внутреннее сосредоточение, действующее на бессознательное. Практически Бодуэн рекомендовал, как считает Бурно, учить больных погружаться в самогипноз для того, чтобы проводить самовнушение именно в момент пробуждения или перед самым засыпанием. Погружению в самогипноз способствует сосредоточение внимания на каком-то объекте (пламя свечи в темноте), на какой-то мысли, достаточно яркой, чтобы не удерживать на ней внимание насильно, на монотонных звуках (тиканье часов), на коротких фразах, обобщающих цель самовнушения. Теоретически эффект внушения (самовнушения) Бодуэн объяснял, пользуясь специальной идеомоторной моделью — «внедрением» терапевтического приказа в подсознательное, которому гораздо легче управлять телесными движениями, чем сознанию. Когда внимание утомляется долгим сосредоточением на чем-то (не видим больше то, на что смотрим, не слышим то, что слушаем), наступает релаксация (освобождение от умственного напряжения), могущая перейти в сон. Релаксация способствует «обнажению» подсознательного, и теперь легко «втолкнуть» в подсознательное терапевтический приказ.

Куэ и Бодуэн расширяли роль самовнушения далеко за рамки медицинской практики, старались создать систему совершенствования общества, полагая, что самовнушение может изменить мировоззрение людей. Самовнушение по Куэ — Бодуэну приобрело в 20-е годы широкую популярность. В нашей стране «куэизм» подвергался критике в связи с тем, что он игнорировал нозологические особенности заболевания и личность больного.

Положительной стороной работ Куэ и его последователей была пропаганда активных методов психотерапии и корригирующего самовнушения. Куэ способствовал утверждению активной роли пациента в лечебном процессе и развитию идей тренировки и обучения в психотерапии. Он показал также целесообразность положительного самовнушения взамен отрицательного («Я здоров» вместо «Я не болен»). Благодаря этим положительным сторонам метод Куэ был одобрительно встречен Бехтеревым.

Лечение самовнушением почти не имеет противопоказаний. Даже в тяжелых случаях истерии, когда разъяснение не помогает, а гипноз не дает достаточного эффекта и может сопровождаться осложнениями, больной в предчувствии надвигающегося припадка с помощью самовнушения («Не должно случиться припадка!») может «отодвинуть» или не допустить его.

Аутогенная тренировка (от греч. autos — сам, genos — происхождение) — активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика). Активность аутогенной тренировки противостоит некоторым отрицательным сторонам гипнотерапии в ее классической модели — пассивному отношению больного к процессу лечения, зависимости от врача.

Как лечебный метод аутогенная тренировка была предложена для лечения неврозов Шульцем в 1932 г. В нашей стране ее стали применять в конце 50-х годов. Лечебное действие аутогенной тренировки, наряду с развитием в результате релаксации трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении активности лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций у тренирующихся.

Выделяют две ступени аутогенной тренировки (по Шульцу): 1) низшая ступень — обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень — аутогенная медитация — создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень аутогенной тренировки составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются пациентами в одной из трех поз: 1) положение сидя, «поза кучера» — тренирующийся сидит на стуле со слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение лежа — тренирующийся лежит на спине, голова покоится на низкой подушке, руки, несколько согнутые в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) положение полулежа — тренирующийся свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5 — 6 раз) соответствующих формул самовнушения, которые подсказываются руководителем тренировки. Каждое из стандартных упражнений предваряется формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первое упражнение. Вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, что сопровождается расслаблением поперечно-полосатой мускулатуры. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», затем «Левая рука совершенно тяжелая» и «Обе руки совершенно тяжелые». Такие же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Второе упражнение. Вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервацией конечностей. Формулы: «Правая (левая) рука совершенно теплая», затем «Руки совершенно теплые», те же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

Третье упражнение. Регуляция ритма сердечных сокращений. Формула: «Сердце бьется сильно и ровно».

Четвертое упражнение. Нормализация и регуляция дыхательного ритма. Формула: «Дышу совершенно спокойно».

Пятое упражнение. Вызывание ощущения тепла в области брюшной полости. Формула: «Мое солнечное сплетение излучает тепло».

Шестое упражнение. Вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза. Формула: «Мой лоб приятно прохладен».

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу. На проработку каждого упражнения уходит 2 нед. Весь курс аутогенной тренировки-1 длится около трех месяцев. Обычно занятия проводятся в группах 1—2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15 — 20 мин. Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в

день (утром, перед тем как встать, и вечером, перед сном), причем, как правило, пациенты ведут дневники, где описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

При освоении первых двух стандартных упражнений («тяжесть» и «тепло») возникает особое состояние аутогенного погружения, которое Шульц называл «переключением» и определял физиологически как «понижение биотонуса при сохранном сознании». Мюллер-Хегеманн объясняет это состояние снижением активности коры при отсутствии внешних раздражителей и сокращением мыслительных процессов вследствие сосредоточенности на формулах тренировки. Это состояние характеризуется как промежуточное между сном и бодрствованием, оно весьма близко к первой стадии гипнотического сна (сомноленции). Глубина аутогенного погружения подразделяется на три фазы. В первой фазе пациент ощущает тяжесть, тепло, истому, разлившуюся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощущением телесной легкости, невесомости, причем нередко возникают нарушения схемы тела. Третью фазу можно характеризовать как «исчезновение тела». Первая и вторая фазы могут быть дифференцированы электроэнцефалографически. В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективным средством самовнушения. В аутогенном погружении пациент приступает к направленному против определенных болезненных расстройств самовнушению.

Луте выделяет 5 типов формул-намерений: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушения «все равно»: «Глотание все равно» — при эзофагоспазме, «Цветочная пыльца все равно» — при аллергиях и т. п.; 2) усиливающие, например: «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» — при заикании; 3) абстинентно-направленные, например: «Я знаю, что я не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные, например: «Я хочу писать как можно хуже» — при писчем спазме; 5) поддерживающие, например: «Я знаю, что я не завишу от лекарств» — при астме; «Имена интересны» — при плохом запоминании имен.

Наилучшие результаты применения аутогенной тренировки наблюдаются при неврозах, а также при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причем парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. В литературе отмечается хороший результат применения аутогенной тренировки при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах. Имеются данные об удовлетворительных результатах при лечении больных язвенной болезнью, одной из причин которой, по распространенному мнению, является местный неврогенный спазм сосудов.

Аутогенная тренировка эффективна как метод лечения различных невротических расстройств речи и фонации. Однако в общей группе больных аутогенная тренировка помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимы занятия пациентов в специализированных психотерапевтических группах для больных логоневрозами.

Аутогенная тренировка включается в комплексное лечение алкоголизма и наркомании, в частности для устранения абстинентного синдрома и формирования антитоксикоманической установки. В неврологической клинике аутогенная тренировка применяется при лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического поражения нервной системы, а также коррекции реакции личности на болезнь при сосудистых поражениях мозга, лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, нейроинфекций и др.

Успешное снятие эмоционального напряжения и тревоги с помощью аутогенной тренировки оправдывает ее включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей.

Широкое применение аутогенная тренировка получила также в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях. Накоплен положительный опыт применения специальных вариантов аутогенной тренировки как метода производственной гигиены.

Противопоказаниями для применения аутогенной тренировки являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется аутогенная тренировка во время острых соматических приступов и вегетативных кризов. При выраженной

артериальной гипотонии используются некоторые специальные приемы для преодоления нежелательного преобладания вагусной системы.

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. С целью оптимизации высших психических функций Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (аутогенная тренировка-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения аутогенной тренировки-1 автор считал лишь подготовкой к основному лечению, второй ступени — аутогенной медитации, с помощью которой и достигается аутогенная нейтрализация. Он полагал, что окончательно избавиться от невроза можно, лишь нейтрализовав отрицательные переживания. Приемы такого самоочищения Шульц заимствовал из древнеиндусской системы йоги.

Аутогенная медитация по Шульцу. Прежде чем приступить к аутогенной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время — по часу и более. Во время такой «пассивной концентрации» возникают различные визуальные феномены («тени», «простейшие формы», цветовые пятна и т. п.). Дальнейшая подготовка состоит в научении вызывать и удерживать «пассивную концентрацию» при наличии раздражающих помех — яркого света, шума, звучащего радио и т. п.

Первое упражнение медитации. Фиксация спонтанно возникающих цветовых представлений.

Второе упражнение медитации. Вызывание определенных цветовых представлений, «видение» заданного цвета.

Третье упражнение медитации. Визуализация конкретных предметов.

Четвертое упражнение медитации. Сосредоточение на зрительном представлении абстрактных понятий, таких как «справедливость», «счастье», «истина» и т. п. Во время выполнения этого упражнения возникает поток представлений строго индивидуальных. Например, «свобода» ассоциируется с белой лошадью, скачущей по прерии. Конкретные зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают, по мнению Шульца, выявиться подсознательному.

Пятое упражнение медитации. Концентрация «пассивного внимания» на произвольно вызываемых, эмоционально значимых ситуациях. Во время выполнения упражнения тренирующийся нередко «видит» себя в центре воображаемой ситуации.

Шестое упражнение медитации. Вызывание образов других людей. Вначале следует научиться вызывать образы «нейтральных» лиц, затем — эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных пациенту людей. Шульц отмечает, что в этих случаях образы людей возникают несколько шаржированно, карикатурно. Постепенно такие образы становятся все более «спокойными», «бесстрастными», смягчаются карикатурные черты, элементы эмоциональной гиперболизации. Это служит показателем начавшейся «аутогенной нейтрализации».

Седьмое упражнение медитации. Автор назвал его «ответом бессознательного». Тренирующийся спрашивает себя: «Чего я хочу?», «Кто я такой?», «В чем моя проблема?» и т. п. В ответ он подсознательно отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Так достигается катарсис, самоочищение, и наступает «аутогенная нейтрализация», то есть излечение.

Анализируя описание медитативных упражнений по Шульцу, нетрудно заметить, что они сводятся к серии приемов своеобразного «аутопсихоанализа».

Соавтор Шульца по шеститомному руководству Луте вводит новые элементы в структуру метода — приемы аутогенной нейтрализации: аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию. Эти методы составляют основное содержание 6-го тома руководства по аутогенной терапии.

Аутогенное отреагирование по Луте. Для нейтрализации отрицательных переживаний используются приемы «повторения» тех ситуаций, которые и явились причиной психической травмы. Так же как и при психоаналитических сеансах, во время аутогенного отреагирования врач соблюдает полную нейтральность. Опыт автора показывает, что мозг пациента сам «знает» , в какой форме и в каком порядке следует «высказывать материал» при аутогенной нейтрализации. Подчеркивается, что при нейтрализации высвобождается (то есть вербализуется) лишь тот «материал», который мешает нормальной деятельности мозга. Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах, а задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах. В методике практического проведения аутогенного отреагирования по Луте можно выделить пять основных правил, или условий: 1)

необходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы; 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любых восприятий (сенсорных образов); 3) принцип психотерапевтического вмешательства в управляемую мозгом нейтрализацию; 4) соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутогенных разрядов; 5) принцип самостоятельного окончания психотерапевтической работы. На протяжении всего курса аутогенного отреагирования применяются стандартные упражнения. Самостоятельное выполнение аутогенного отреагирования допускается только с разрешения психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7 — 10 дней.

Аутогенная вербализация по Луте. Этот прием в значительной степени аналогичен аутогенному отреагированию, однако осуществляется без визуализации представлений. В отличие от аутогенного отреагирования, аутогенная вербализация применяется в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддается точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «желание», «страх» и т. п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления и продолжается до тех пор, пока пациент не заявляет, что сказать ему уже нечего. При аутогенной вербализации предполагается, что пациент знает «тему», которая содержит «мешающий материал». По сути, приемы аутогенной нейтрализации представляют собой ассоциативный эксперимент, предложенный еще Юнгом для выявления скрытых или подавляемых влечений. Новым является реализация данного приема в состоянии аутогенной релаксации.

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов отмечается возможность ускорения реализации навыков, полученных в процессе аутогенной тренировки, путем использования принципа биологической обратной связи (электромиографической, электроэнцефалографической, температурной, обратной связи ритма сердца и др.).

В основе *биологической обратной связи* (англ. — biofeedback) лежит принцип целесообразного саморегулирования непроизвольных функций с использованием систем внешней обратной связи. Метод биологической обратной связи применяется только в тех случаях, когда обеспечивается предъявление информации о состоянии физиологических функций для того же индивида, который генерирует данную физиологическую информацию, является ее источником. В обычных условиях мы не получаем точной количественной информация о состоянии физиологических функций, скажем, частоте пульса или величине артериального давления. Однако с помощью биологической обратной связи, которая позволяет регистрировать тончайшие изменения физиологических процессов, можно научиться сознательно управлять ими. Методы, основанные на использовании биологической обратной связи, применяются в различных областях медицины: для управления биоэлектрической активностью мозга у больных эпилепсией, направленного на подавление патологических паттернов ЭЭГ; для повышения эффективности восстановительной терапии постинфарктных больных; при лечении различных видов головной боли.

Анализ результатов исследований, выполненных Коэном и сотр. по применению биологической обратной связи у больных мигренью, показал: 1) прямые физиологические изменения исследовавшихся систем не коррелируют с терапевтическим результатом, к тому же достаточно скромным; 2) не имеет значения метод биологической обратной связи (черепные артерии, электромиограмма, температура). Поэтому механизмы терапевтического эффекта следует искать не только в изменениях, касающихся физиологических систем. Вероятные объяснения таковы: 1) эффект плацебо благодаря участию пациентов в эксперименте (составление ими специальных диаграмм) и вниманию к ним со стороны исследователей; 2) регрессия «к середине», так как пациенты ищут помощи в тот момент, когда им особенно плохо; 3) эффект общей релаксации; 4) познавательный эффект от переживания биологической обратной связи — возникающее у пациента представление о собственном контроле над физиологической системой. Последний пункт особенно интересен. Пациенты утверждают, что биологическая обратная связь учит их навыкам самоконтроля, которого, по их мнению, у них никогда раньше не было. Поэтому не степень физиологического изменения выступает в качестве критической величины, а степень веры пациента в свои возможности осуществлять контроль. Если это так, то этот эффект можно учитывать при попытках оптимизации терапевтического результата. О необходимости учета при использовании методики биологической обратной связи психологических факторов (повышение самооценки пациента, самовнушение, плацебо-эффект и др.) свидетельствуют также данные и других авторов.

В литературе последних лет подчеркивается, что биологическую обратную связь (и соответственно тренинг релаксации) следует рассматривать лишь как один из подходов к лечению человека в целом и применять в сочетании с другими медицинскими и психотерапевтическими методами. «Излечение» от гипертонии, скорее всего, потребует чего-то большего, чем

сознательная попытка пациента снизить у себя кровяное давление. Понизить артериальное давление (или прекратить боль) — не значит изменить жизненные обстоятельства, которые сформировали стереотипизированную реакцию. Ставится также под сомнение, сможет ли или даже захочет ли пациент управлять своими телесными функциями в лихорадочном, быстро меняющемся окружении вне лаборатории и клиники.

Гипноз (от греч. hypnos — сон) — временное состояние сознания, характеризующееся сужением его объема и резкой фокусировкой на содержании внушения, что связано с изменением функции индивидуального контроля и самосознания. Состояние гипноза наступает в результате специальных воздействий гипнотизера или целенаправленного самовнушения.

Научная гипнология берет начало с середины XIX в., хотя практическое использование гипноза имеет многовековую историю. Термин гипноз впервые был применен английским хирургом Брэдом, книга которого, посвященная нейрогипнологии, вышла в свет в 1843 г. С конца 70-х годов XIX в. французский невропатолог Шарко начинает изучать гипноз на больных, страдающих истерией. Сальпетриерская школа Шарко занималась клиническим применением гипноза, а также изучением его стадий. В этом с ней соперничала Нансийская школа, главой которой был Бернгейм. Он считал, что стадии гипноза, которые наблюдал Шарко, обусловлены внушением, исходящим от гипнотизирующего, а не патологической природой самого гипноза. Существенный вклад в науку о гипнозе внесли и многие другие зарубежные ученые: Веттерстранд, Краффт-Эбинг, Форель и др. В нашей стране теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучали Данилевский, Токарский, Бехтерев, Павлов, их многочисленные ученики и последователи.

Теоретическая разработка механизмов гипноза связана прежде всего с именами Павлова и Фрейда. Павлов и его ученики считали, что физиологической основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга. Изменение экстенсивности и интенсивности тормозного процесса выражается в различных стадиях гипноза, клинически хорошо описанных. По Павлову, гипноз — это частичный сон, состояние, переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизирующим и гипнотизируемым. Необходимо, однако, отметить, что представление о гипнозе как частичном сне при нейрофизиологических (в особенности ЭЭГ) исследованиях не подтвердилось.

В психоаналитических теориях гипноза первоначально акцентировалось внимание на удовлетворении инстинктивных желаний человека. С этой точки зрения гипнотическое состояние возникает под влиянием особого рода переноса. В последние годы гипноз рассматривается преимущественно с позиций психологии Я. В экспериментальной психологии существуют также концепции, придающие значение в гипнозе социокультурным факторам, фактору взаимоотношений, сенсомоторным феноменам. К настоящему времени разрыв, разделявший физиологов, психоаналитиков и психологов-экспериментаторов в понимании природы гипноза, начинает уменьшаться, наблюдаются попытки формирования интегративных психофизиологических взглядов на сущность гипноза (Рожнов, Шерток).

При проведении гипноза важен учет внушаемости пациента (Мягков, Варшавский). Используется ряд приемов, с помощью которых удается ее определить. К ним относятся приемы с падением назад или вперед, внушение сцепленных пальцев рук, определение внушенных запахов и др. Примером одного из них может служить прием, описанный Булем. Используется небольшой металлический груз на прочной нитке и выпиленный из дерева подковообразный «магнит», выкрашенный наподобие настоящего. Испытуемому предлагают взять пальцами вытянутой руки нитку с висящим на ее конце грузом. Врач подносит «магнит» к грузу и начинает то приближать, то удалять его в какой-нибудь определенной плоскости. При этом больному внушают, чтобы он обратил внимание на то, как груз постепенно начинает следовать за «магнитом» и раскачиваться. У лиц, достаточно внушаемых, груз действительно начнет качаться в заданном направлении вследствие возникновения идеомоторных движений. Перед гипнотизацией проводится беседа для выяснения отношения пациента к ней и устранения возможных его опасений. Гипнотизация проводится в благоприятных для гипнотизируемого условиях. Способов гипнотизации много. Они осуществляются воздействием на тот или иной анализатор: зрительный, слуховой, кожный. При использовании метода фиксации взора гипнотизируемому предлагают фиксировать свой взор на какой-либо одной точке, например на блестящем металлическом шарике. Возникшее естественное утомление глаз и желание закрыть их способствуют наступлению сна. Метод фасцинации (предложен в 1813 г. португальским аббатом Фариа) является разновидностью предыдущего. Пациента просят смотреть в глаза гипнотизирующему, не мигая, гипнотизер при этом смотрит на

переносицу пациента. При другом способе используется усыпляющее действие монотонных звуков: метронома, морского прибоя, падающих капель воды и т. п. Метод пассов — гипнотизирующий проводит несколько раз ладонью с широко расставленными пальцами вдоль лица и туловища гипнотизируемого, не касаясь его, по направлению от головы к ногам. Этим способом пользовался еще Месмер, который считал, что он действует на больного «магнетическими флюидами». Метод сближения рук — пациента просят закрыть глаза, согнуть руки в локтевых суставах под углом в 90° и медленно сближать кончики пальцев обеих рук, говоря ему: «Ваши пальцы будут медленно сближаться. Когда кончики их сойдутся, Вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном». Существует и ряд других способов гипнотизации. В ряде приемов влияние оказывается одновременно на несколько анализаторов.

Воздействие на анализаторы, как правило, сопровождается внушением, в словесных формулировках которого описываются ощущения, которые испытывает засыпающий человек: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять — вы заснете». Примерно такие фразы врач повторяет по нескольку раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спать!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время уверенно, короткими, понятными фразами. Состояние гипноза может достигаться и одним словесным воздействием (вербальный метод). Длительность сеанса гипноза определяется задачами гипнотизации (лечебной, исследовательской, учебной, реже — другими). Перед выведением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом: «Через полминуты я выведу вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трех. На цифру три вы проснетесь. Раз — освобождаются от сковывающего действия руки, два — освобождаются ноги и все тело. Три — вы проснулись, откройте глаза! Настроение и самочувствие очень хорошее, ничто не мешает, не беспокоит. Вы очень хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно». При дегипнотизации следует помнить, что быстрое пробуждение может повлечь за собой жалобы на общую слабость, недомогание, сердцебиение, головную боль и др.

Различные авторы предлагают разное деление гипноза на стадии: одни выделяют 3 стадии, другие — 4, 6, 9 или 12. В практической работе можно ориентироваться на предложенные Форелем в 1928 г. 3 стадии: сонливость, гипотаксию и сомнамбулизм. Первая стадия — сонливость. Гипнотизируемый при некотором усилии еще может противостоять внушению, открыть глаза. Характеризуется легкой мышечной слабостью и дремотой. Вторая стадия — гипотаксия. Пациент не может открыть глаза и выполнить некоторые внушения. Отличается глубокой мышечной слабостью. В этой стадии гипноза уже можно вызвать внушенную каталепсию (восковидную гибкость мышц), которая иногда возникает и спонтанно. Третья стадия — сомнамбулизм. Характеризуется амнезией и способностью к выполнению не только гипнотических, но и постгипнотических внушений. Сомнамбулизм может возникать, минуя первые две стадии гипноза.

Гипноз является основой **гипнотерапии.** В настоящее время, наряду с классической моделью гипноза, широко используется эриксоновский гипноз. При этом гипнотическое состояние используется в лечебных целях. Широкое распространение гипнотерапии отражает ее лечебную эффективность при различных заболеваниях. История развития научных представлений о природе гипноза и методах его применения в медицине достаточно полно представлена в работах Платонова, Буля, Рожнова, Шертока и многих других авторов. Ввиду того что явления внушения и гипноза тесно переплетаются, Буль (вслед за Платоновым) считает целесообразным пользоваться термином «гипносуггестивная психотерапия».

Гипнотерапия в руках опытных специалистов находит применение при различных заболеваниях нервной системы, в клинике психических расстройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологической практике, при хирургических вмешательствах и кожных заболеваниях. Абсолютными противопоказаниями к гипнотерапии являются бредовые формы психозов (особенно когда больной считает, что его «загипнотизировали», и просит врача «разгипнотизировать» его) и гипноманические установки истерических личностей. При использовании гипнотерапии приходится учитывать степень гипнабельности пациента, при отсутствии которой или низкой ее выраженности применение гипнотерапии проблематично (некоторые авторы считают возможным развитие гипнабельности). Перед гипнотерапией необходимо провести беседы для выяснения отношения

больного к этому методу лечения и устранения возможных опасений с его стороны. После введения пациента в состояние гипноза тем или иным способом произносятся формулы собственно лечебных внушений. Фразы должны быть короткими, понятными, наполненными смыслом и исключающими ятрогенное воздействие. Продолжительность одного сеанса гипнотерапии обычно 15 — 20 мин. Количество сеансов колеблется от 1 до 15, что определяется характером болезненного состояния и терапевтической эффективностью гипнотерапии. Частота сеансов — от ежедневных до проводимых 1 раз в неделю. Иногда возникает необходимость повторного курса гипнотерапии спустя несколько недель или месяцев. Гипнотерапия может проводиться индивидуально или с группой пациентов. Существует множество вариантов гипнотерапии. Ее можно проводить дробным способом. Малогипнабельным пациентам с целью углубления гипнотического сна предварительно могут даваться снотворные средства. Психоаналитики, занимающиеся гипнозом, применяют наркотические средства в расчете на ускорение аналитического процесса. Получению сведений о бессознательных переживаниях больного способствует методика гипнопсихокатарсиса. Существуют также методики гипноэлектросна, сочетания самовнушения с гипнозом и многие другие.

Основные осложнения при гипнотерапии — это потеря раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию и др. Эти осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера заболевания и знании техники гипноза не приводят к серьезным последствиям. Причины неудач гипнотерапии могут быть связаны с упорным применением врачом одного лишь гипносуггестивного метода при игнорировании им общих психотерапевтических подходов, рациональной психотерапии, тренировочных приемов и других показанных в данном конкретном случае методов психотерапии.

Гипноз-отдых. Методика гипнотерапии, способствующая созданию лечебно-охранительного режима. Гипноз-отдых отвечает требованиям немедикаментозной терапии сном, применявшейся в нашей стране главным образом в 50-х годах для лечения неврозов, реактивных состояний и некоторых психосоматических расстройств. Методика разработана Платоновым. Больного вечером погружают в гипнотическое состояние, которое спонтанно переходит в естественный сон, или утром психотерапевт переводит естественный сон в гипнотический на необходимое время. Гипноз-отдых может продолжаться до 15-20 ч в сутки в течение 10-15 дней.

Методику удлиненной гипнотерапии предложил Рожнов. Она рассматривается как промежуточная между обычными и кратковременными сеансами гипнотерапии и длительным, гипнозом-отдыхом и рекомендуется в амбулаторной практике для работы с группой из 4-6 больных. Под удлиненной гипнотерапией понимается лечебное внушение больному, находящемуся от 2 до 4 ч в состоянии гипнотического сна. За это время пациент получает большее количество лечебных внушений (через каждые 15-20 мин), чем при обычной гипнотерапии, что повышает их терапевтическую эффективность.

Эта методика является вариантом коллективной гипнотерапии, но может применяться и при индивидуальных сеансах.

Аутогипноз. Это гипнотическое состояние, вызываемое субъектом по собственной инициативе. Аутогипноз может использоваться для упрочения эффекта симптоматического лечения, прежде всего осуществляемого с помощью гетерогипноза (гипнотизирования врачом). Обучение аутогипнозу может проводиться двумя способами: под гипнозом (в присутствии психотерапевта) и самостоятельно.

Инструкцию по самообучению аутогипнозу приводит Родес: «Первая стадия А — это «закрытие глаз». Так я обозначаю состояние, при котором, будучи бодрствующим, Вы не сможете открыть глаза. Этого можно достичь, устроившись в удобном кресле в тихой комнате. Затем Вы сделаете следующее:

1) Скажите «раз» и подумайте: «Мои веки становятся очень тяжелыми». Думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнитесь ею, пока Вы о ней думаете. Отгоняйте всякую другую мысль, например такую: «Интересно, удастся ли это». Сосредоточьтесь на одной мысли: «Мои веки становятся очень, очень тяжелыми». Если у Вас будет только эта единственная мысль, если Вы сосредоточитесь на ней, проникнетесь ею и поверите в нее в то время, пока Вы о ней думаете, Ваши веки начнут тяжелеть. Не ждите, чтобы они стали очень тяжелыми; когда они начнут тяжелеть, переходите к следующей фазе. 2) Скажите «два» и подумайте: «Мои веки теперь очень тяжелые, они сами смыкаются». Как и в первой фазе, думайте только об этом, сконцентрируйтесь на этой мысли, верьте в нее. Не закрывайте глаза насильно и не старайтесь держать их открытыми, но сосредоточьтесь на единственной мысли: «Мои веки сейчас такие тяжелые, что сами закрываются», и в то же время, пока Вы повторяете эту единственную мысль,

пусть Ваши веки действуют самостоятельно. Если Вы действительно сосредоточитесь на этой мысли, исключив все другие, если Вы проникнетесь ею и будете верить в нее, пока Вы о ней думаете, Ваши глаза медленно закроются. Когда веки сомкнутся, оставьте их в этом состоянии. 3) Скажите «три» и подумайте: «Мои веки крепко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия». Как и прежде, мысленно повторяйте это, думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнетесь ею и верьте в нее. Но вместе с тем попытайтесь открыть глаза; Вы заметите, что не можете этого сделать, пока не скажете «откройтесь», и только тогда Ваши глаза мгновенно откроются. Не отчаивайтесь, если первые попытки аутогипноза окажутся неудачными. Чаще всего при обучении аутогипнозу первые две или три попытки заканчиваются неудачей, поскольку обычно еще отсутствует умение сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные. Неудача вовсе не свидетельствует о недостаточных умственных способностях. Скорее наоборот: у интеллектуально развитых людей обычно возникает несколько мыслей одновременно, отмечается их взаимопроникновение. Чтобы сосредоточиться на одной мысли, необходимо овладеть новым умением, требующим упорства и практики. И если в первый раз Вы потерпите неудачу, надо попытаться снова. Если Вы способны контролировать процессы мышления, Вам удастся сосредоточиться на одной мысли. Как только Вы сможете это сделать, аутогипноз станет Вам доступен. Таким образом, когда после первых фаз Ваши глаза закроются, Вы перейдете к третьей фазе и подумаете: «Мои веки крепко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия». Вы должны постоянно возвращаться к этой мысли, единственной мысли, и в то время, как Вы думаете об этом, попытайтесь открыть глаза. Все время, пока Вы будете сосредоточиваться на этой единственной мысли, веки останутся сомкнутыми. Ваши мышцы будут напрягаться, чтобы открыть глаза, но они останутся закрытыми до тех пор, пока Вы не скажете вслух или мысленно «откройтесь». Следующая фаза состоит в ускорении процесса. Попытайтесь два или три раза удостовериться, что Вам удалось крепко закрыть глаза. С каждым разом результат будет лучше. 4) Теперь переходите к ускорению. Первую фазу проведите, как прежде, и в момент, когда Ваши веки отяжелеют, переходите ко второй фазе. В то время, когда Вы говорите «два», подумайте об указанной мысли один раз, но исключив все остальные мысли. Когда глаза закроются, скажите «три» и снова подумайте об указанной мысли один раз, но только о ней. Ваши веки останутся сомкнутыми. Разомкните их по команде «открыть». Теперь начните снова все, как Вы делали, но вместо того, чтобы говорить «один», «два», «три», ограничьтесь мыслью об этих числах в том же порядке. Наконец делайте все упражнения без чисел, но повторяйте по одному разу мысли первой, второй и третьей фаз. После достаточной тренировки Вы сможете почти мгновенно закрывать глаза и сохранять веки сомкнутыми, лишь один раз подумав о мысли третьей фазы. Вы заметите, что приобрели скорость и способны все увереннее контролировать себя. Овладев умением концентрироваться только на одной мысли (первая или вторая фаза), Вы сможете почти мгновенно переходить к третьей фазе, которая представляет сложную мысль. Пробным камнем успеха в аутогипнозе является способность быстро закрывать глаза. Когда Вы этого добьетесь, то сможете достигнуть той глубины гипноза, которая необходима для безбоязненной встречи с тревожащими Вас проблемами. Следующей фазой является релаксация. Оставайтесь с открытыми глазами и думайте: «Я буду глубоко дышать и полностью расслаблюсь». Сделайте глубокий вдох и на выдохе полностью расслабьтесь. Думайте: «Я буду дышать ровно и глубоко и при каждом вдохе все больше и больше расслабляться».

Когда Вы добьетесь закрытия глаз и релаксации (которая вскоре будет возникать одновременно с закрытием глаз), Вы достигнете первой ступени аутогипноза. Теперь Вы в состоянии воспринимать внушение, которое Вы себе делаете, с гипнотическим и постгипнотическим эффектом. Но как и для закрывания глаз, где скорость достигалась неоднократным повторением, для осуществления следующих фаз тоже необходима тренировка. Секрет успеха заключается в способности сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные, проникнуться ею, верить в нее. Для начала попробуйте простые внушения. Например: сожмите правой рукой указательный палец левой руки. Думайте: «Я не могу освободить свой палец». Как и прежде, сосредоточьтесь на этой единственной мысли, проникнетесь ею, верьте в нее и одновременно попытайтесь освободить палец. Он будет скован до тех нор, пока Вы не подумаете: «Теперь я могу освободить его» (или любое другое слово или выражение с тем же смыслом). В дальнейшем могут проводиться другие простые или более сложные внушения».

Иногда во время вызывания гипнотического состояния у самого гипнотерапевта может параллельно возникнуть трансовое состояние сознания, которое при традиционном гипнозе воспринимается как помеха. При проведении эриксоновского гипноза аутогипноз — это важное умение, которым необходимо овладеть психотерапевту, для того чтобы в нужное время обратиться к своему интуитивному опыту или повысить свою эмпатическую чувствительность в процессе лечения.

Эриксоновский гипноз. Новый подход в гипнотерапии, создателем которого явился американский психотерапевт М. Эриксон, получил в 80-е годы в мировой психотерапевтической практике широкое признание и известен как Эриксоновский гипноз. Его принципы и технические приемы, дополняя традиционный гипноз, расширили возможности лечебной тактики психотерапевта, особенно с трудными пациентами, неподатливыми к когнитивным и традиционным суггестивным методам. Приемлемым и полезным оказалось включение этого метода, прежде всего его принципов, в разрабатываемые в последние годы эклектические и интегративные модели краткосрочной психотерапии. Такие крупные исследователи и практики в гипнологии и психотерапии, как Вайценхоффер, Хейли, Росси и др. считают Эриксона отцом современного клинического гипноза и краткосрочной стратегической психотерапии.

Подход Эриксона принципиально антитеоретичен и прагматичен. Его знание идет из практического опыта, а не из теоретических размышлений. Он никогда не формулировал единой теории гипноза и только в ответ на упорные расспросы его учеников и последователей выражал свое мнение о теоретических его аспектах. Его ученики Росси, Хейли, Зейг и многие другие провели большую работу по анализу, классификации и каталогизации эриксоновского подхода (статей и лекций, стенограмм и аудиозаписей, наблюдений за его работой и обсуждений ее с ним). Они выпустили в свет несколько книг, написанных совместно с Эриксоном или отдельно, где отражены и их собственные позиции в направлении дальнейшего углубления и развития этого перспективного подхода в гипнотерапии и психотерапии в целом.

Эриксоновскому подходу свойственно расширенное понимание гипнотического состояния, представляющего собой разновидность измененного или трансового состояния сознания. Гипнотический транс, согласно Эриксону, это последовательность взаимодействий гипнотерапевт — пациент, приводящая к поглощенности внутренними восприятиями и вызывающая такое измененное состояние сознания, когда Я пациента начинает проявляться автоматически, то есть без участия сознания. Эриксоновский гипнотерапевт действует в соответствии с принципом утилизации, согласно которому стереотипы самопроявления пациента рассматриваются как основа возникновения терапевтического транса. Это требует не стандартизованных воздействий, а приспособления гипнотерапевта к текущему поведению пациента, а затем руководства им. Транс возникает из межличностного взаимодействия на уровне ощущений, когда гипнотерапевт подстраивается к пациенту, тем самым позволяя обеим сторонам становиться все более восприимчивыми по отношению друг к другу.

Микродинамика наведения гипнотического транса и внушения состоит из следующих стадий: 1) фиксация внимания; 2) депотенциализация установок сознания; 3) бессознательный поиск; 4) гипнотический отклик.

В стадии фиксации внимания важно обеспечить и поддерживать его сосредоточение с помощью: 1) рассказов, которые интересуют, мотивируют, увлекают пациента; 2) стандартной фиксации взгляда; 3) пантомимы и невербального общения в целом; 4) воображения или визуализации; 5) левитации руки; 6) релаксации и др. способов.

Вторая стадия — депотенциализация установок сознания — осуществляется, когда удается зафиксировать внимание и фокус внимания автоматически сужается до той степени, при которой обычные системы отсчета пациента становятся уязвимыми для депотенциализации. Для того, чтобы обойти и депотенциализировать сознательные процессы, используются: 1) шок, удивление; 2) отвлечение внимания; 3) диссоциация; 4) когнитивная перегрузка; 5) замешательство и др. способы.

Эриксон часто использовал «сюрприз — неожиданность», чтобы «встряхнуть» человека из его привычных паттернов ассоциаций, пытаясь развить его естественные способности к бессознательному творчеству. Можно привести пример, когда он неожиданно позволил пациенту реагировать на внушение левитации руки индивидуальным образом. Субъект, у которого после внушения поднялась и зависла рука, пытается сознательно её опустить, толкая её вниз все сильнее и сильнее. Эриксон сказал ему: «Это довольно интересно, по крайней мере для меня. Я думаю, что и Вам станет интересно, когда Вы откроете, что не можете перестать толкать руку вниз». Он вызвал шок и удивление, которые на мгновение затормозили систему представлений субъекта. Именно в этот момент Эриксон добавил внушение: «Вы обнаруживаете, что не можете перестать толкать руку вниз». Субъект думал, что он сопротивляется. Мысль, что он не сможет остановиться, оказалась для него абсолютно неожиданной, и к тому моменту, когда она до него дошла, то оказалась полностью сформировавшейся идеей. И он, к своему удивлению, обнаружил, что не может прекратить толкать руку вниз, и спросил: «Что произошло?» Эриксон сказал: «По крайней мере, Ваши руки вошли в транс. Вы можете встать?» Этот простой вопрос явился развитием фразы и распространился на ноги. Разумеется, он не мог встать.

Прием замешательства явился одним из наиболее эффективных компонентов в техниках наведения транса и внушения. В то время как другие психотерапевты, так же как и большинство людей, обычно пытаются найти способ достичь максимальной ясности в общении, Эриксон намеренно развил в себе умение общаться так, чтобы это вызывало у людей замешательство. Основной момент здесь — кажущееся случайным и непреднамеренным вмешательство, препятствующее спонтанному реагированию субъекта на реальную ситуацию. Это вызывает состояние неопределенности, фрустрированности и замешательства, в результате чего человек с готовностью принимает гипноз как средство разрешения ситуации. Метод создания замешательства утилизирует все, что бы не делал пациент с целью противодействия трансу, в качестве основы, позволяющей вызвать транс. Замешательство может быть осуществлено посредством прерывания какого-либо стереотипа. В частности, одной из такого рода процедур является наведение гипнотического транса рукопожатием. Суть её в неожиданности, которая разрывает обычные рамки существования субъекта, чтобы вызвать мгновенное замешательство. В письме к Вайценхофферу в1961 г. Эриксон описывал свой подход к наведению транса рукопожатием как способ вызывать каталепсию. Примером использования этой техники является описание им одного из своих «пантомимических наведений», где надо было обойти языковый барьер. К подготовленной для демонстрации субъекту-женщине Эриксон подошел и с улыбкой протянул ей правую руку, она протянула свою. Он медленно пожал руку, глядя ей прямо в глаза, как и она — ему, и медленно перестал улыбаться. Отпуская её руку, он сделал это определенным необычным образом, выпуская её из своей руки понемногу и слегка, нажимая то большим пальцем, то мизинцем, то безымянным, все это — неуверенно, неровно, как будто колеблясь и так мягко убирая свою руку, чтобы она не почувствовала, когда именно он её уберет и до какой части её руки дотронется в последний раз. Одновременно он медленно изменил фокусировку своего взгляда, дав ей минимальный, но ощутимый сигнал, что смотрит не на неё, а сквозь её глаза куда-то вдаль. Её зрачки медленно расширились, и тогда Эриксон мягко отпустил её руку совсем, оставив её висеть в положении каталепсии. Легкое давление на запястье, направленное вверх, заставило её руку немного подняться.

Еще один прием замешательства, первоначально разработанный Эриксоном для возрастной регрессии, состоит в дезориентации во времени. В главных своих чертах метод «путаницы» состоит в том, что внимание пациента сосредоточивается с помощью беседы на каких-то нейтральных, повседневных действиях (например, еде), а затем постепенно выполняются различные маневры, создающие замешательство и вызывающие дезориентацию (например, быстрая смена точек отсчета времени, введение несуразностей, ускорение темпа речи). В качестве примера можно привести фрагмент текста начала наведения Эриксоном гипнотического транса: «...и Вы, возможно, ели сегодня что-то такое, что ели и раньше, может быть, на прошлой неделе или на позапрошлой неделе... и возможно, будете есть то же самое снова на следующей неделе или еще через неделю... и может быть, тот день на прошлой неделе, когда Вы ели то, что ели сегодня, был тогда сегодняшним днем точно так же, как этот день сейчас — сегодняшний. Другими словами, то, что было тогда, возможно, совсем как то, что есть сейчас... может быть, это был понедельник, как сегодня, или вторник, не знаю... и, может быть, в будущем Вы будете есть то же самое снова в понедельник или во вторник, но нельзя исключить и среду, пусть даже это середина недели... И что на самом деле означает быть серединой недели? Я, по правде, не знаю, но я знаю, что в начале недели воскресенье идет перед понедельником, а понедельник перед вторником, а вторник после воскресенья, если не считать того, когда он за пять дней до него...» и так далее движение во времени, перепутывая и сменяя представления и события в настоящем, прошлом и будущем времени.

В рамках недирективного (неавторитарного) гипнотического транса используются такие приемы, как импликация (подразумевание), связка и двойная связка, диссоциация, ратификация, идеомоторный сигналинг, составные внушения и многие другие способы косвенного внушения. Психологическая импликация — это ключ, который автоматически устанавливает переключатели ассоциативных процессов пациента в предсказуемые паттерны без осознания того, как это происходит. Примеры импликаций: «Если Вы сядете в это кресло, можете затем войти в транс», «Разумеется, Ваша рука не онемеет, пока я не сосчитаю до пяти». Прием связки предлагает выбор из двух или более сравниваемых альтернатив, то есть какой бы выбор ни был сделан, это направит пациента в нужную сторону. Пример связки: «Какой транс Вы хотели бы испытать — легкий, средний или глубокий?». Двойные связки, наоборот, предлагают возможности поведения, которые находятся вне обычного для пациента сознательного выбора и контроля. Пример двойной связки: «Какая рука, правая или левая, сначала непроизвольно шевельнется, двинется в сторону, поднимется вверх или надавит вниз?». Диссоциация между сознательным и бессознательным как наиболее существенный механизм развития гипнотического транса возникает как автоматически,

так и с помощью определенных стимулов и заданий. Диссоциация может возникнуть при возложении одной из задач на сознательный уровень функционирования пациента, а другой — на бессознательный. Использование разного тона голоса или различных уровней смысла нередко приводит к такому же результату. Примеры диссоциаций: «Ваше сознание может слушать мой голос, а Ваше подсознание может чувствовать комфорт...», «Ваше сознание может сомневаться и вести внутренние диалоги, а Ваше бессознательное может проявляться осмысленным, неоспоримым образом и погружать Вас в транс».

Все позитивные изменения в структуре личности пациента, в его представлениях, эмоциях или поведении должны быть следствием обучения, возникающего во время гипноза, а не прямым результатом конкретного гипнотического внушения. Гипноз не столько создает для пациента новые возможности, сколько обеспечивает доступ к существующему у него опыту, способностям, знанию, потенциалу, помогая более эффективному их использованию. Гипноз позволяет проводить психотерапию на бессознательном уровне. Сам Эриксон называл свой терапевтический стиль натуралистическим или утилизационным подходом. Основной принцип данного подхода состоит в том, что необходимо использовать любые убеждения, ценности, установки, эмоции или формы поведения, проявляемые пациентом, чтобы вызвать у него переживания, способствующие психотерапевтическим изменениям Терапевтическое воздействие в значительной мере облегчается, если гипнотерапевт погружается в межличностный внешнеориентированный транс (этот аспект поведения гипнотерапевта подробно разработан Гиллигеном), в котором все его внимание поглощено пациентом. Использование в трансе идеомоторного сигналинга (непроизвольные движения пальцев, покачивание головы), а затем автоматического рисунка и автоматического письма по аналогии со сновидениями и фантазиями открывает прямой доступ к пониманию бессознательного. В процессе гипнотерапии пациент постепенно становится готовым к тому, чтобы произошел перенос психотерапевтически значимого обучения с бессознательного уровня на сознательный.

Эриксоном разработан еще один из важных психотерапевтических подходов — гипнотическая проекция пациента в воображаемое успешное будущее с последующим анализом его реакций и переживаний, приведших к такому результату. Затем следует постгипнотическое внушение бессознательному, с помощью которого пациент осуществляет все те конкретные вещи, которые, как бессознательное уже показало, приведут к успеху. Этот процесс и является наиболее существенным аспектом подхода Эриксона. Активно используется также возможность в гипнозе погружения в прошлые события. Это перемещение в пространстве и времени дает возможность пациенту повторно пережить в регрессии прошлое патогенное событие и отреагировать на него более конструктивным образом, чем было в исходном положении. При этом важно защитить пациента от боли воспоминания с помощью диссоциативной отстраненности от переживаемого или с помощью амнезии. Диссоциация, отстраненность или отделение субъективного от объективного — еще одна из гипнотических форм, часто используемых Эриксоном. Диссоциативная стратегия полезна для успешности некоторых специфических форм обучения (например, анестезии или эмоциональной объективности), позволяет проводить психотерапевтические воздействия без участия сопротивления и мешающих субъективных реакций. Метод «рассеяния», или встроенных внушений, также широко применяется в эриксоновском гипнозе. Встроенные внушения (например, фраза «преодолей это»), недоступные сознательному восприятию с позиции отнесения к себе и запечатлеваемые в подсознании пациента, могут быть использованы не только в рамках формального гипноза, но и применены в ходе любого психотерапевтического общения. Легкое изменение громкости во время произнесения встроенного внушения, введение небольших пауз перед внушением и после него, упоминание имени пациента — все это способствует усилению воздействия рассеянных внушений.

Эриксон считается непревзойденным мастером использования метафорических историй в лечебных целях. Он совместно с Росси предположил, что поскольку симптомы эмоционального происхождения являются сообщениями на языке правого полушария, то использование метафор позволит напрямую общаться с правым полушарием, то есть с бессознательным на его собственном языке. События метафорической истории должны чем-то напоминать события актуальной проблемы пациента и иметь решения этой проблемы. Это могут быть истории о других пациентах, притчи и сказки, события из жизни, но могут быть и новые метафоры, сконструированные гипнотерапевтом для данного пациента и содержащие в себе скрытые от сознательного контроля намеки на способы решения его проблемы.

Эффективное использование гипноза, как и психотерапии в целом, в эриксоновском подходе не ограничивается какими-то особыми техниками. Более важным является осознание и принятие реальности вместе с готовностью и способностью использовать все, что она предлагает для

достижения желаемых результатов. При использовании эриксоновского гипноза происходят такие изменения, которые воспроизводят и поддерживают сами себя и приводят к дальнейшим изменениям. Это происходит прежде всего потому, что изменения были направлены на внутренний рост и самораскрытие пациента.

Основные различия классического и эриксоновского гипноза представлены в табл. 9.

Таблица 9. Основные различия классического и эриксоновского гипноза

Дифференциальные критерии	Классический гипноз	Эриксоновский гипноз
Атрибуция лечебного воздействия	Метод и конкретный психотерапевт	Саногенные ресурсы пациента
Стратегия взаимоотношения приемов гипноза — психотерапевта — пациента	Пациент настраивается на работу с данным психотерапевтом в рамках предпочитаемых им приемов	Психотерапевт готовится работать с данным пациентом, подстраивает для него приемы
Гипнабельность	Считаются негипнабельными 5-20 % пациентов	Все пациенты считаются гипнабельными, негипнабельность расценивается как проявление методической ригидности психотерапевта и необходимости подбора других приемов гипнотизации
Параллельно возникающие трансовые состояния сознания самого психотерапевта	Воспринимаются как помеха, преодолеваются	Эксплуатируются для раскрепощения интуиции и эмпатии психотерапевта, подстройки к пациенту и для повышения сенсорной восприимчивости; контроль над ситуацией предоставляется котерапевту-наблюдателю
Лечебные формулировки	Четкие и рациональные (хотя гипнотические внушения адресуются бессознательному) с акцентированием на симптоме	Расплывчатые, с высокой разрешающей возможностью подключения субъективной реальности пациента, и оставляющие простор для «самодеятельности» его саногенных ресурсов
Нозологические и личностные противопоказания	Имеются	Практически отсутствуют; сам пациент решает, какие изменения и в каком объеме должны происходить

Наркогипноз относится к методам суггестивной психотерапии. Сущность наркогипноза заключается в том, что сеансу гипнотерапии предшествует введение наркотических средств, облегчающих наступление гипнотического сна или усиливающих его глубину. Телешевская выделяет наркогипноз, когда снотворные применяются малогипнабельным больным, вызывая у них состояние сонливости, и гипнонаркоз, применяемый к более внушаемым субъектам, когда присоединение снотворных средств повышает терапевтическую активность гипноза.

Поскольку заблаговременный прием наркотического препарата должен вызвать у пациента дремотное состояние к моменту начала сеанса гипнотерапии, следует учитывать фармакодинамические особенности того снотворного, которое собираются применить. Поэтому первые 2-3 комбинированных применения снотворного с гипнозом часто являются пробными, после чего врач определяет индивидуальную дозу снотворного и оптимальное время его приема больным. При проведении наркогипноза чаще используют амитал-натрий (0,2-0,3) или другие снотворные средства, которые через 25-30 мин вызывают дремотное состояние. Телешевская относит наркогипноз к одному из видов наркопсихотерапии. По ее мнению, наркогипноз может применяться и как основной, и как вспомогательный прием наркопсихотерапии.

Продолжительность сеанса 30-60 мин, формулы внушения повторяются каждые 8-10 мин. Врач говорит о благотворном воздействии вводимого лекарственного препарата и гипноза, которые принесут больному полноценный отдых, сон, душевный покой, высокий жизненный тонус, уверенность в себе, хорошее самочувствие и настроение.

Наиболее эффективно применение наркогипноза для устранения затяжных и трудно поддающихся лечению истерических моносимптомов и фобических состояний, при повышенной эмоциональной возбудимости и лабильности настроения, длительной бессоннице, сексуальных расстройствах, а также при соматических заболеваниях с преобладанием функциональных нарушений.

Наркопсихотерапия — методический прием в суггестивной психотерапии, используемый для повышения внушаемости путем введения барбитуратов.

Выделяются следующие разновидности наркопсихотерапии: 1) внушение на фоне кратковременного или продленного неполного наркоза; 2) наркогипноз; 3) метод многократных внутривенных введений препарата; 4) комбинированная наркопсихотерапия. Для наркоза используются растворы амитал-натрия, гексенала и др., чаще — 1-10 % раствор амитал-натрия и гексенала в дозах от 0,5 до 3 мл.

В динамике наркоза выделяют 3 стадии, имеющие различное значение при проведении наркопсихотерапии. Первая стадия — понижение общей активности и инициативы — характеризуется замедлением речи, гиподинамией, головокружением. Вторая стадия эмоциональных сдвигов наступает по мере дальнейшего введения препарата; в состоянии эйфории отмечается повышение общительности, оживленность, многоречивость. Продолжительность этой стадии колеблется от 10 мин до 1 ч. В третьей стадии наблюдается картина оглушения с эхолалией и персеверациями.

Наиболее широкое применение получило внушение на фоне кратковременного неполного наркоза. В состоянии эйфории с элементами оглушенности врачебные суггестивные воздействия становятся более эффективными. Препарат вводится в течение 3-4 мин, после чего врач императивно повторяет короткие, ясные формулы внушения. На фоне эйфории больные легче обретают чувство уверенности и впоследствии охотно выполняют различные задания.

Длительное состояние амиталового (гексеналового) субнаркоза используют в терапии истерических моносимптомов (амавроз, астазия-абазия, мутизм и др.), стойкой ипохондрической симптоматики. После введения препарата в течение 15-20 мин проводится внушение и предлагаются тренировочные упражнения (ходьба — при астазии-абазии, чтение вслух — при афонии).

При лечении больных с длительной бессонницей после введения 1-2 мл 1-3 % раствора амитал-натрия используются обычные формулы внушения, как при погружении больного в гипнотическое состояние. Сеанс наркопсихотерапии продолжается от 30 мин до 1 ч, формулы внушения повторяются каждые 8-10 мин. В случае физиогенных астений при тревожно-депрессивном фоне настроения могут проводиться многократные введения барбитуратов (амитал-натрия, гексенала), через день до 20 инъекций. Используется только эйфоризирующее действие препаратов, без внушения.

Наркопсихотерапия с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода — один из вариантов наркопсихотерапии (Панько). При его проведении выделяются следующие этапы.

Первый этап — подготовительный, во время которого больному сообщаются сведения о методике, не только подчеркиваются ее преимущества перед другими (безвредность, высокая терапевтическая эффективность), но и опосредуется спектр действия закиси азота, указывается на положительное влияние вдыхаемого до и после подключения закиси азота чистого кислорода. Второй этап — этап предварительной оксигенизации — длится 1-2 мин. Больному предлагают равномерно и глубоко дышать и проводят уже непосредственное внушение, направленное на нормализацию обменных процессов в нервной ткани, на благотворное действие чистого кислорода. Третий этап — начинается с момента подачи закиси азота. Концентрация закиси азота повышается постепенно, начиная с 5 %. Все больные во время первого сеанса проходят 3 стадии первого уровня наркотического состояния (эйфории, сонливости, оглушенности). На последующих сеансах концентрация закиси азота устанавливается на нужной стадии наркоза и поддерживается на протяжении 4-6 мин, то есть достигается устойчивый уровень наркотического состояния, на фоне которого начинается внушение. Формула внушения строится индивидуально для каждого больного, зависит от клинической симптоматики, целей и задач каждого сеанса и направлена на снятие патологических нарушений. Внушение проводится в императивном тоне; во время внушения опосредуются ощущения, характерные для той или иной стадии наркотического

состояния. Так, при эйфории формула внушения включает усиление чувства легкости, уменьшение напряжения, улучшение настроения; при сонливости — усиление возникающего чувства тяжести и состояния сонливости; при оглушенности — целебное действие, ощущения провала.

Четвертый этап — этап последующей оксигенизации — длится 1-2 мин. Внушение на этом этапе направлено на снятие психосенсорных ощущений, вызванных вдыханием закиси азота, и на достижение хорошего самочувствия.

Пятый этап — заключительный — начинается после снятия маски.

В это время эффект закиси азота проявляется в повышенной внушаемости и хорошем эмоциональном контакте между врачом и больным, поэтому проводится рациональная, личностно-ориентированная психотерапия, направленная на дезактуализацию психотравмирующей ситуации, перестройку отношения личности к болезни и активное преодоление жизненных трудностей. При наличии фобических проявлений необходим функциональный тренинг. Курс лечения обычно состоит из 10 сеансов, проводимых через день.

Во время первого сеанса положительно оценивается терапевтический эффект стадии эйфории больными с астено-депрессивным синдромом, стадии сонливости — больными с астено-агрипническим синдромом, стадии оглушенности — больными с астено-ипохондрическим и тревожно-фобическим синдромами. Концентрация закиси азота для достижения терапевтической стадии различна у разных больных и зависит от формы невроза: наименьшие дозы требуются для больных истерией, наибольшие — для пациентов с неврозом навязчивых состояний, средние дозировки — для больных неврастенией. Последующие сеансы психотерапии проводятся на той стадии, которая наиболее адекватна для данного больного, а концентрация закиси азота устанавливается сразу же с учетом формы невроза, что дает возможность сократить время достижения необходимой стадии наркопсихотерапии. У больных истерией стадия эйфории наступает на 10-15 % концентрации закиси азота, неврастенией — 20-25 %, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 30-35 %. Все больные независимо от формы невроза отмечают во время этой стадии положительные сдвиги в эмоциональном состоянии, веселость, окрыленность, легкость в теле. Эта стадия оценивается ими положительно. Для достижения сонливости концентрация закиси азота в подаваемой смеси у больных истерией должна составлять 20-25 %, неврастенией — 30-35 %, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 40-45 %. На этой стадии больные ощущают тяжесть в теле и голове, у них путаются мысли, появляется сонливость. Все пациенты с истерическим неврозом отрицательно оценивают эту стадию. Для достижения стадии оглушенности у больных истерией концентрация закиси азота должна составлять 30-35 %, неврастенией — 50 %, у пациентов с неврозом навязчивых состояний — 60 %. Все больные во время этой стадии отмечают, что перестают чувствовать тело, что у них исчезают все неприятные и болезненные ощущения, мысли, страх и возникает ощущение «провала». Особенно положительно эту стадию оценивают пациенты с неврозом навязчивых состояний. Наиболее эффективной наркопсихотерапия с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода оказывается при длительности заболевания до 1 года, то есть у больных с острым течением невроза, и менее эффективной — при неврозах с затяжным течением; наибольший эффект отмечается у больных истерическим неврозом, а наименьший — при неврозе навязчивых состояний; более результативна при лечении больных с астено-депрессивным и астено-агрипническим синдромами, менее — при лечении больных с астено-ипохондрическим синдромом. В литературе подчеркиваются преимущества наркопсихотерапии с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода перед наркопсихотерапией с использованием амитал-натрия. Это выражается, во-первых, в более высокой эффективности лечения, во-вторых, в более раннем наступлении стойкого терапевтического эффекта, в-третьих, в длительности и стойкости эффекта, подтверждаемого катамнестически.

При лечении больных неврозами данный метод наркопсихотерапии может применяться самостоятельно, поскольку включает в себя как непосредственное действие самого вещества на организм — вегетотропное, аналгезирующее, спазмолитическое, так и психотерапию. Быстрое исчезновение фазовых состояний позволяет сочетать императивное внушение с рациональной психотерапией за счет установления положительного эмоционального контакта и повышенной внушаемости больных, а также проводить функциональный тренинг.

Контрольные вопросы

1. К суггестивным психотерапевтическим воздействиям относится:

   1) арттерапия;

   2) гештальт-терапия;

3) гипнотерапия;

4) когнитивная терапия.

2. Способом наведения гипнотического транса по Эриксону является:

1) метод императивного шокового воздействия;

2) фасцинация;

3) метод множественной диссоциации;

4) фракционный метод.

3. Методика, при которой пациент сознательно регулирует свои физиологические функции, получая информацию о их состоянии, называется:

1) аутогенная тренировка;

2) систематическая десенсибилизация;

3) биологическая обратная связь;

4) психогимнастика.

4. Метод наркопсихотерапии разработан:

1) Рожновым;

2) Консторумом;

3) Телешевской;

4) Лебединским.

Арттерапия.

Художественное творчество душевнобольных с давних времен привлекало внимание психиатров. Первые публикации, посвященные изобразительному творчеству больных, имеют более чем вековую давность (например, Симон). Однако серьезное изучение этого вопроса началось лишь в 20-е годы прошлого столетия с фундаментальных работ Принцхорна, основанных на анализе нескольких тысяч произведений душевнобольных из лечебниц Германии, Швейцарии, Австрии, Японии. Со временем многие известные психиатры, такие как Крепелин, Блейлер, Бумке, Кречмер стали коллекционировать и изучать художественные работы психически больных. В России в 1926 г. вышла первая монография, посвященная этой теме, — книга Карпова «Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники», где проблема творческих проявлений при психических заболеваниях рассматривалась не только в медицинском, но и в историческом, и биологическом аспектах. Карпов один из первых увидел возможности рисования как средства лечения. В США изобразительные средства в психотерапевтическом процессе впервые применил Левис в 1925 г. при анализе сновидений своих пациентов.

По мере развития, терапия с помощью изобразительного искусства в первой половине XX в. постепенно отделялась от «лечения увлекающими занятиями» (совр. «терапия занятостью»), известного со времен «Йоркширского убежища» в Англии, парижского Бисетра и «домов помешанных» в Галле, в силу все большего акцента на творческом самораскрытии в процессе этих занятий.

Теоретические основы терапии с помощью изобразительного искусства исходят из психоаналитических воззрений Фрейда, хотя сам Фрейд этим не интересовался; аналитической психологии Юнга, который использовал собственное рисование для подтверждения идеи о персональных и универсальных символах; из динамической теории терапевтической помощи графическим самовыражением Наумбург, которую считают пионером арттерапии в США. В дальнейшем большое влияние на развитие арттерапии оказали психотерапевты гуманистической направленности.

Термин «арттерапия» («art» — искусство, «arttherapy» — терапия искусством) особенно распространен в странах английского языка и означает чаще всего лечение пластическим изобразительным творчеством с целью выражения своего психоэмоционального состояния. Впервые этот термин был употреблен Хиллом в 1938 г. при описании своих занятий с туберкулезными больными в санаториях. Затем этот термин стал применяться ко всем видам терапевтических занятий искусством (музыкотерапия, драматерапия, терапия танцем и т. д.), хотя многие специалисты считают такое определение слишком широким и неточным. В отечественной психотерапевтической литературе зачастую используются термины «изотерапия» или «художественная терапия», однако они не тождественны англоязычному аналогу и несколько сужают его смысл. Исторически сложилось так, что специалисты по арттерапии служили

помощниками психиатров и психотерапевтов для уточнения диагноза или выбора способа лечения на основе анализа рисунков пациентов. Постепенно арттерапевты приобрели статус независимых специалистов. В 1969 г. была создана Американская арттерапевтическая ассоциация, объединившая арттерапевтов-практиков. Подобные ассоциации возникли позднее в Англии, Голландии, Японии, России, и в настоящее время арттерапевты вносят свой вклад в изучение личности и процесса психотерапии. Сегодня очевидна необходимость использования в психотерапии такого мощного эмоционального фактора, которым является искусство и творчество. Утверждение, что «арттерапия — это продукт нашего века», правомерно.

В арттерапии пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунок, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а так же творческого самовыражения — с другой. В настоящее время в арттерапию включаются и такие формы творчества, как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

Несмотря на достаточно большой фактический материал, арттерапия в теоретическом отношении находится на стадии эмпирических обобщений. Нет общепринятой теории, объясняющей целительное действие арттерапии, это связанно со сложностью, многофакторностью относящихся к арттерапии предпосылок и сравнительно коротким сроком ее научного изучения.

Обзор литературы по арттерапии свидетельствует о том, что это сборное понятие, включающее множество разнообразных форм и методов. Поэтому не существует общепризнанной классификации арттерапии. Кратохвил разделяет арттерапию на сублимационную, деятельную и проективную, однако это разделение основано на внешнем характере метода и касается только экспрессивного компонента. Дельфино-Бейли выделяет 4 основных направления в применении арттерапии:

1. Использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и интерпретации пациентом (пассивная арттерапия).

2. Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (активная арттерапия).

3. Одновременное использование первого и второго принципов.

4. Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения его творчеству.

Классификация, приводимая в книге Хайкина «Художественное творчество глазами врача», включает в себя роль эстетического компонента и представления о лечебной направленности фактора и уровня адаптации, на котором это действие проявляется.

1. Социально-личностный уровень адаптации: в основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная, гармонизирующая, интегрирующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в искусстве.

2. Личностно-ассоциативный уровень адаптации: облегчение, компенсация достигаются за счет не столько эстетического действия, сколько вследствие снижения напряжения, обусловленного отреагированием различных конфликтных, гнетущих переживаний и их сублимации.

3. Ассоциативно-коммуникативный уровень адаптации: лечебное действие арттерапии достигается подключением интеллектуальных операций (проекция, обсуждение и осознание конфликта), облегчение психотерапевтических контактов и доступа врача к психопатологическим переживаниям, не требующим эстетического компонента, ибо результат достигается даже при простейшем проективном изображении проблем.

4. Преимущественно социально-коммуникативный уровень адаптации: в качестве адаптирующих используются прикладные возможности творчества — арттерапия рассматривается упрощенно, как один из видов занятости, вариант организации и времяпрепровождения, принципиально не отличающийся от других аналогичных методов.

5. Физиологический уровень адаптации: учитывается физическое, физиологическое, координационно-кинетическое влияние пластического изобразительного творчества на организм и психику.

Каждый из элементов классификации допускает использование искусства и в экспрессивном творческом варианте, когда творят сами больные, и в импрессивном, когда используется восприятие уже готовых произведений изобразительного творчества.

В мировой литературе существуют различные взгляды на лечебный механизм арттерапии — креативистические представления, сублимативные, проективные, арттерапия как занятость и др.

Согласно креативистическим представлениям, адаптационное воздействие арттерапии на психику можно понимать в связи с самой сущностью искусства. На первый план выдвигается вера в творческую основу человека, мобилизация латентных творческих сил, которая сама по себе обладает терапевтическим влиянием. Теоретическая основа этих представлений — гуманистическое направление психологии, рассматривающее личность как некое психологическое образование, в котором изначально существуют духовные, альтруистические потребности, определяющие ее поведение. В каждом человеке предполагается существование возможностей (скрытый потенциал), которые можно освободить, мобилизовать для облегчении самореализации личности, направить их на ее социальное и индивидуальное интегрирование. Хотя латентные возможности всех людей различны, возможна их активизация и развитие. Задача арттерапии — не сделать всех людей художниками или скульпторами, а возбудить у индивидуума активность, направленную на реализацию его предельных творческих возможностей. Упор в терапии делают на творческую активность, на способность создавать и побуждают пациента самостоятельно созидать.

Согласно взглядам Гольдштейна, творчество — это одно из средств преодоления страха, возникающего в связи с конфликтом, формирующимся у человека, поведением которого управляет стремление к реализации личности. Творческие люди лучше концентрируют свою энергию, свои силы для преодоления препятствий и решения внутренних и внешних конфликтов. По мнению Маслоу, основным источником человеческой деятельности является непрерывное стремление к самоактуализации и самовыражению, которое имеется, однако, только у здоровых людей. У невротиков эта потребность разрушена, отсутствует, и искусство может быть одним из способов ее восстановления. Говоря о способах, ведущих к самоактуализации, Маслоу указывает на мгновения высшего переживания красоты и экстаза. Задача психотерапевта — помочь людям ощутить эти мгновения, создать условия для их возникновения, научить пациента высвобождать подавленное, познавать собственное Я. Сдерживание творческой силы является причиной неврозов, и смысл психотерапии — в ее высвобождении, поэтому стимуляция творчества может служить и психопрофилактическим средством.

Сторонники вышеописанных взглядов ставят во главу угла творчество не просто как действие, процесс, а именно его эстетическую сторону, они понимают интегрирующую роль искусства в том, что творческий процесс снижает напряжение, ведущее к неврозу, и объективизирует внутренние конфликты. Кононова, Анастази, Фолей используют интегративно-креативистические возможности искусства как способы борьбы с дезинтеграцией и беспорядочностью психики, средства влияния на характер построения зрительных представлений, как способы регуляции и реконструкции Эго при потере реальности.

С позиции адаптации арттерапия расценивается как интегрирующий адаптационный механизм, предоставляющий человеку активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующей общей гармонизации личности.

Широко распространены взгляды на арттерапию как на особую форму отреагирования и сублимации. Художественная сублимация возникает тогда, когда инстинктивный импульс человека заменяется визуальным, художественно-образным представлением. Как полагают сторонники этой концепции, творчество как одна из форм сублимации позволяет проявлять, осознавать, а также выражать и тем самым отреагировать в искусстве различные инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоциональные состояния (депрессию, тоску, подавленность, страх, гнев, неудовлетворенность и т. п.). Таким образом снижается опасность внешних проявлений указанных переживаний в социально нежелательной деятельности. Творчество рассматривается как средство максимального самовыражения, позволяющее пациенту проявлять себя ярче, чем в письме или в речи, а врачу обеспечивает прямой доступ к бессознательному. Кляйн рассматривает рисование как компенсирующий акт, позволяющий больному подавить брутальную агрессию. Некоторые исследователи считают рисование и лепку средством снятия напряжения также за счет возврата к примитивным формам функционирования и удовлетворения бессознательных желаний. Осуществляется это путем сознательной творческой деятельности и происходящей в процессе ее сублимации через выражение в символическом виде внутренних конфликтов и неосознанных стремлений. Произведения способствуют вытеснению, прорыву содержания комплексов в сознание и переживанию сопутствующих им отрицательных эмоций. Это

особенно важно для больных, которые не могут «выговориться», выразить свои фантазии в творчестве легче, чем о них рассказать. Фантазии, которые изображены на бумаге, или выполнены в глине, нередко ускоряют и облегчают вербализацию переживаний. В процессе работы ликвидируется или снижается защита, которая есть при вербальном, привычном контакте, поэтому в результате арттерапии больной правильнее и реальнее оценивает свои нарушения и ощущения окружающего мира. Рисование, как и сновидение, снимает барьер «эго-цензуры», затрудняющий словесное выражение бессознательных конфликтных элементов. Творчество открывает путь к выражению бессознательных идей и фантазий, которые проявляются в значимой для пациента и необычной для всех остальных форме. Как один из вариантов арттерапии используются зарисовки сновидений и возникающих во сне чувств.

В практической работе врачи — сторонники сублимационного понимания сущности арттерапии — предполагают создать такие условия, которые позволили бы перевести асоциальные реакции больного в конструктивную творческую деятельность. Считается целесообразным интенсифицировать процесс, задавая специальные темы для творчества и обсуждая и интерпретируя произведения больных.

Проективное рисование не является арттерапией в полном смысле этого слова, поскольку здесь не ставится цель достижения эстетического результата. В отличие от предыдущих направлений в работе с больными в этом случае главное внимание уделяется отнюдь не процессу созидания. Ведущим является целенаправленная ориентация психотерапевта на проективный аспект процедуры и его сосредоточенность на информации. Функция проективной терапии заключается в том, что проекция внутренних представлений кристаллизуется и укрепляет в постоянной форме воспоминания и фантазии. Арттерапия понимается в рамках «переноса» отношений между пациентом и психотерапевтом, причем, если пациент не понимает бессознательного содержания своей продукции, применяется техника свободных ассоциаций.

Кратохвил рассматривает проективную арттерапию как предоставление пациентам дополнительных средств, которые могут облегчить им выявление сложной проблематики их состояний. В ходе проективной арттерапии должна стимулироваться демонстрация чувств, отношений, состояний для того, чтобы человек узнал, понял все эти чувства и преодолел их в себе. Специфика проективного рисования заключается в том, что врач предлагает больному сюжет проективного характера и потом обсуждает рисунки и интерпретирует их.

При рассмотрении арттерапии как занятости предполагается, что изобразительное творчество действует так же, как и другие подобные формы работы с больными, что целеустремленная и плодотворная деятельность, осуществляемая при арттерапии, является «оздоровляющим процессом», который ослабляет нарушения и объединяет здоровые реакции. В наиболее простом варианте изобразительное творчество лишь отвлекает больных от их болезненных переживаний. Особое значение придается коллективному характеру занятий арттерапии. Им приписывается катализирующий и коммуникативный эффект, способствующий улучшению самоощущения, пониманию своей роли в обществе, собственного творческого потенциала и преодолению трудностей самовыражения. Помимо того, что арттерапия является интересной, эмоционально значимой формой занятости, она — еще и дополнительный способ общения больных между собой. Совместное творчество помогает пациенту познать мир другого человека, что облегчает социальную адаптацию.

Физическое и физиологическое влияние арттерапии заключается в том, что изобразительное творчество способствует улучшению координации, восстановлению и более тонкому дифференцированию идеомоторных актов. Нельзя недооценивать также непосредственное воздействие на организм цвета, линий, формы. Работы де Фере открыли зависимость скорости кровообращения и силы мускульных сокращений от цвета и освещения. Например, в странах каллиграфического письма (Китай, Япония и др.) с давних времен для лечения нервных потрясений применяется рисование иероглифов. В настоящее время выяснилось, что при этом человек полностью расслабляется и заметно снижается частота его пульса.

Следует остановиться на мнении тех, кто возражает против приписывания арттерапии чрезмерного терапевтического эффекта и призывает к более осторожной оценке ее полезности. Мадежска возражает против понимания любого творческого акта как терапевтического на том основании, что лечение предполагает «интеграцию» извне, то есть влияние, направленное на пациента, в то время как при творчестве активность, наоборот, исходит от самого больного. Против безоговорочного приписывания изобразительному творчеству исцеляющих способностей возражает и Куби, который на примерах жизнеописания известных художников указывает на то, что творческий и невротический потенциалы реализуются сложным путем, и даже удачные творческие проявления зачастую усиливают и усугубляют невротический процесс, который, таким

образом, не может быть оздоровляющим. Автор считает, что в каждом случае отдельно надлежит анализировать причины изменений, возникающих в процессе арттерапии, равно как и в случаях, когда этих изменений не бывает, и оставлять открытым вопрос, почему выражение бессознательных конфликтов в формах, которые официально полезны, актуальны и даже красивы, не способствует решению этих бессознательных конфликтов и не снижает разрушительных тенденций. Федерн писал, что арттерапия при психозах может принести вред, поэтому врач должен не выявлять комплексы, а стараться подавить или замедлить любые спонтанные выражения бессознательного.

В целом показания к арттерапии достаточно обширны, тем более что ее применение может «дозироваться» от относительно «поверхностной занятости» до углубленного анализа скрытых индивидуальных переживаний. Многоплановое воздействие искусства и творчества позволяет применять его к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах. При рассмотрении показаний к арттерапии помимо клинической картины, интенсивности переживаний и состояния эмоциональной сферы пациента необходимо учитывать и его отношение и интерес к изобразительному творчеству в преморбиде и во время болезни, подготовленность, интеллект и многие другие факторы. Арттерапию можно применять на разных уровнях в зависимости от степени вовлеченности пациента и роли, которую это лечение выполняет: ее используют как основной и единственный метод лечения, хотя чаще она выполняет синергические функции. Арттерапию можно использовать как седативное средство при психомоторном возбуждении и агрессивных тенденциях; она может выполнять функции отвлечения и занятости, способна при социальной дезадаптации облегчить контакт и помогать выявлять скрытые переживания. Она может также выполнять активизирующие и адаптивные функции, оказывать и расслабляющее действие: расслабление наступает после творческой активности при высвобождении энергии снявшегося напряжения.

Что касается противопоказаний, то здесь может идти речь о состояниях, не позволяющих больному определенное время усидеть за рабочим столом, или когда больной мешает другим. Самыми трудными для психотерапевта являются больные с выраженным психомоторным или маниакальным возбуждением, не позволяющим им сосредоточить внимание на объекте действия. Также противопоказанием являются расстройства сознания и тяжелые депрессивные расстройства с уходом в себя.

Надо сказать, что некоторые авторы рекомендуют занятия арттерапии и в качестве профилактического средства, как своеобразный способ обсуждения эмоционального дискомфорта. Клумбиес и соавт. рекомендуют свободное рисование при нарастающих расстройствах сна, а Порембески-Грау использовала рисование и игры с красками в качестве психопрофилактического метода «созидательного тренинга» на основании концепции, согласно которой такие игры позволяют уменьшить стресс и фрустрацию, вернуть ощущение собственной ценности, освободиться от сомнений в своих способностях. Таким образом, можно сказать, что в арттерапии важно выполнять одно основное условие: ее нельзя проводить формально, только тогда она может быть целесообразной и эффективной при активном психотерапевтическом содержании.

Арттерапию можно проводить с одним пациентом, с супругами, со всей семьей, в коллективе и группе. Арттерапевт должен предоставить участникам необходимые для художественного творчества материалы и инструменты: наборы красок, карандашей, мелков, кисти, глину для лепки, а также деревяшки, камни, лоскуты материи, бумагу. Можно предложить пациентам самим приносить любые необходимые им материалы, тем самым оказывать помощь группе. Место занятий должно быть хорошо освещенным и таким, чтобы участники могли свободно передвигаться. Функции арттерапевта достаточно сложны и меняются в зависимости от ситуации. Ему необходимо владеть определенными навыками художественного и декоративно-прикладного искусства, так как при проведении арттерапии приходится не только рассказывать, но и показывать определенные технические приемы художественного творчества. Арттерапевту требуются систематические самостоятельные занятия художественным творчеством, что позволяет ему лучше чувствовать и осознавать многие процессы, благодаря которым в значительной мере реализуется психотерапевтический потенциал метода. Он должен учитывать психическое состояние пациента, его личностные особенности, подготовленность, интеллект и многие другие факторы. Непосредственно участвует в совместной работе больных, включается в общую беседу о проблемах пациентов, и поскольку его зачастую воспринимают как члена группы, его присутствие не мешает свободному общению и созданию доверительной, неавторитарной обстановки. Арттерапевт участвует в развитии эстетических навыков у пациентов.

На первом этапе при занятиях арттерапией необходимо преодолеть сопротивление, связанное с распространенным «комплексом неумения», смущением перед непривычным занятием. Это

тесно связано с выработкой установки на дальнейшее лечение, так как от степени личного участия, активности больного, его вовлеченности в работу зависит эффективность терапии. Следует пытаться заинтересовать больного происходящим, адресуясь к его эмоциям, любознательности, интересам и склонностям, предлагая ему полезную и увлекательную информацию, приглашая на специальные теоретические беседы. Информативный этап работы включает ознакомление больного с основами техники изобразительного искусства, беседу о творчестве самых разных направлений и стилей, посещение музеев и выставок. На этом этапе решаются вопросы социально-коммуникативного характера. Необходимо помнить, что тактичное, мягкое поощрение, обязательная похвала работы — искренняя, но ни в коей мере не чрезмерная, интерес к работам каждого и стремление найти в произведении повод для одобрения, будь то содержание, удачно найденный цвет, линия, образ и т. д., обычно способствуют не только заинтересованности, но и повышению самооценки, старательности и энтузиазму, вниманию к собственной работе, увлеченности.

Совсем не обязательно придерживаться какого-либо жесткого, строго определенного набора тем, соблюдая их последовательность. Темы охватывают различные области жизни пациента или группы и являются лишь ориентирами.

1. Собственное прошлое и настоящее: представление о себе; как я предстаю перед окружающими; моя самая главная проблема; мое самое плохое впечатление; я и моя болезнь; чего я боюсь; наша семья; мои родители; мой главный недостаток и достоинство; я среди людей; что мне не нравится в людях; кто я; я в виде животного; жизненный путь; мои сны.

2. Будущее, цели и абстрактные понятия: каким я бы хотел быть; жизнь без болезни; кем бы я хотел быть; если бы я был чародеем; моя родина; три желания; я через десять лет; любовь; ненависть; красота; добро; тоска; свобода; сила; слабость; зависимость; независимость; женственность; достоинство мужчины; концентрация; напряжение; страх; боль; желание.

3. Отношения в группе: наша группа; мое положение в группе; моя проблема и отношения в группе; настроение по поводу сегодняшней встречи в группе; группа в виде животных; группа в виде цирка; волшебник изменил группу; группа в пустыне; встреча группы с бедуинами; группа воюет с драконом; группа отправляется на бал-маскарад; наше королевство; что я людям даю и чего я от них жду; портреты членов группы.

Предложение тем происходит различными путями. Степень предоставления инициативы в группе зависит от этапа ее работы. На начальных этапах работы группы более целесообразным является выдвижение тем арттерапевтом, в дальнейшем активность предоставляется участникам группы. Темы должны предлагаться в определенной последовательности, учитывающей, во-первых естественное сопротивление пациентов, не умеющих рисовать или лепить людей, и, во-вторых, первоочередные задачи группы. Собственно формулировка темы не является самоцелью. Основным требованием к теме является ее потенциальная способность быть катализатором последующего обсуждения. В тех случаях, когда тема неудачна, пишет Малколм, при обсуждении имеет место «летаргичность и вязкость» беседы. Бывает, что даже «проверенная», «работающая» тема, предложенная в неподходящий момент или без учета состава группы, становиться неэффективной. Поэтому тема должна быть своевременной, вытекать из общезначимых (но не «запретных», трудных для открытого обсуждения) проблем и учитывать переживания конкретных членов группы, опираться на изучение прошлого участников, ход группового процесса.

Когда пациент преодолевает сопротивление, что можно определить по уменьшению формальности в работе, арттерапевт может приступить к основному этапу работы, то есть непосредственному решению лечебных задач. Необходимо помнить, что изобразительное творчество усиливает действие словесного самовыражения. Рисунок, лепка, вышивка и др. — это не просто более широкое раскрытие сообщаемого, но и документ, к которому можно вернуться в будущем. Поэтому арттерапевт может советовать пациенту записать важные мысли, которые возникли у него в ходе работы.

Преимущество арттерапии заключается в возможности более глубоко оценить поведение пациентов, составить мнение, на каком этапе жизни находится больной — в рисунках и поделках могут находить отражения не только сиюминутные мысли, но и относящиеся к будущему и прошлому больного, — а также в выявлении подавленных и скрытых переживаний, причем все это, выраженное в изобразительной форме, может стать ярким дневником жизни и лечения. В своей книге «Терапия творческим самовыражением» Бурно отмечает не только диагностическую, но и, в основном, терапевтическую ценность регулярного отражения своего жизненного пути в творчестве больного. Ландгартен настоятельно рекомендует пациентам возвращаться к своим старым работам «для усиления инсайта и уяснения динамики». Считается важным и выявление индивидуальной символики каждого больного, которая может выражать его стремления в разные

моменты жизни. Юнг отрицает целесообразность детального выяснения и обозначения смысла изображенного самим арттерапевтом, предпочитая осторожное отношение к пациенту на основании вчувствования в его работу.

Говоря об отношении больных к арттерапии, следует отметить, что хотя она и популярна среди них, но здесь не приходится говорить о спонтанной творческой активности. Такое отношение к изобразительному творчеству можно рассматривать с точки зрения его влияния на терапевтический процесс, поскольку успех во многом зависит от того, как больные воспринимают эти занятия, что и определяет их эффективность. Представления больных о положительном терапевтическом эффекте занятий оказались во многом обусловлены положительными эмоциями от впечатления о своих работах и общей установки больного на лечение. При значимой установке искусство воспринимается как фактор саморегуляции и повышения собственного творческого потенциала, а у больных со слабой установкой эти виды активного воздействия теряют смысл саморегуляции при одновременном снижении терапевтической ценности, приобретая лишь значение услуг персонала.

В артгруппе и эстетические, и внеэстетические эффекты лечебного воздействия тесно переплетаются с психотерапевтическими групповыми эффектами, например возможностью большего коммуникативного воздействия творчества на одну и ту же тему, катарсическим и катализирующим влиянием, изменением самооценки и способностью к преодолению фрустраций. Возможности лечебного рисования, лепки, вышивки и группы здесь естественно и гармонично сочетаются, усиливая друг друга, образуя рациональное единство и содержание. Артгруппу, в сущности, можно считать вариантом групповой психотерапии, в котором изобразительное творчество используется как основной инструмент, потенциально обеспечивающий достижение определенного результата. Целесообразнее использовать в практике только длительное лечение (иногда несколько занятий подряд), прежде всего чтобы не упускать воздействия чистого творческого фактора. Кроме того, длительная арттерапия, оставляя пациента наедине с проблемой на более долгий срок, заставляет его глубже погрузиться в нее, интенсивнее сконцентрироваться на проблеме, всесторонне анализируя ее и добиваясь катарсиса. При длительной деятельности возрастает и групповое общение, развивается чувство групповой сплоченности, солидарности. Естественное сравнение работ побуждает каждого участника группы прилагать сравнительно большие старания, заниматься с самоотдачей, варьировать решение, для чего также необходимо время. При длительном совместном творчестве лучше понимаются трудности соседа и легче преодолеваются фрустрационные факторы. Группы обычно состоят из 8-10 человек. Активное участие в процессе является обязательным условием для всех членов группы. Начало групповой работы обязательно предваряется специальной беседой, в которой разъясняется смысл арттерапии для функционирования группы и демонстрируются работы участников предыдущих групп. Кроме того, на первых занятиях могут проводиться творческие игры, направленные на возобновление знакомства с изобразительными материалами, снижение напряжения. Постепенно процесс арттерапии перестает быть проблемой, исчезает страх, уменьшаются возражения, связанные с трудностью изображения, и в центре внимания оказывается не само произведение, а его автор. Появляется аналитическое обсуждение, связываемое с личностью автора, у больных возникают предположения по задаваемым темам, серьезные и обобщающие оценки, эмоции.

Обсуждение работ происходит непосредственно после окончания рисования, лепки, изготовления поделок. Дискуссия начинается с предложения арттерапевта вдуматься, вчувствоваться в рисунок, изделие, чтобы понять, что говорит этим автор. Арттерапевт может подключиться к обсуждению на общих правах, но предпочтительно, особенно вначале, в форме вопросов к интерпретирующим, так как интерпретации самого арттерапевта воспринимаются остальными членами группы с ожиданием его «всезнания» и могут сковывать, тормозить инициативу группы. Задачей арттерапевта при обсуждении является стимуляция дискуссии и использование информации, возникающей в ходе занятия не только из законченных работ, но и из особенностей поведения членов группы.

Возможны несколько вариантов предъявления произведений для обсуждения:

1. Предъявление произведений арттерапевтом в целесообразной, по его мнению, последовательности, так чтобы каждая следующая работа усиливала, стимулировала обсуждение одной направленности.

2. Предъявление работ вслепую.

3. Выбор работы голосованием, в котором арттерапевт участвует на равных правах с остальными членами группы, что дает арттерапевту возможность сочетать спонтанную активность группы с терапевтическими целями.

4. Попарное обсуждение. При таком взаимном рецензировании выравнивается активность членов группы, практически исключается полное неучастие кого-либо в обсуждении, и есть возможность использовать взаимный интерес группы друг к другу.

5. Одновременная экспозиция: работы всех авторов выставляются на стенде или раскладываются на полу.

Контрольные вопросы

1. В появлении современной арттерапии существенное значение имели следующие теоретические ее основы, кроме:

1) аналитической психологии Юнга;

2) теории научения;

3) динамической теории терапевтической помощи графическим самовыражением (Наумберг);

4) психоаналитических воззрений Фрейда.

2. Основные цели арттерапии — все указанные кроме:

1) активизации общения пациента с психотерапевтом или психотерапевтической группой в целом;

2) более тонкого выражения своих переживаний, проблем;

3) развития у больного способности стать художником, скульптором и др.;

4) высвобождения скрытого в каждом пациенте потенциала самореализации.

Телесно-ориентированная психотерапия.

Неоднозначно понимаемое направление психотерапии, целью которого является изменение психического функционирования человека с помощью ориентированных на тело методических приемов.

Отсутствие стройной теории, четкого понимания особенностей воздействия и принципов применения телесно-ориентированных техник приводит к необоснованному расширению их границ.

В настоящее время описаны не менее 15 различных подходов, определяемых как «работа с телом». Некоторые из них являются чисто психотерапевтическими по своей сущности, а другие более точно определены как методы терапии, главной целью которых является телесное здоровье. Широко распространена практика комбинированных методов: рольфинг, биоэнергетика и гештальт-терапия; методы Ф. М. Александера, Фельденкрайза и гештальт-терапия; гипноз и прикладная кинезиология; первичная терапия Янова, терапия Райха и гештальт-терапия.

Наиболее известными видами телесно-ориентированной психотерапии являются характерологический анализ Райха, биоэнергетический анализ Лоуэна, концепция телесного осознавания Фельденкрайза, метод интеграции движений Александера, метод чувственного сознавания (Селвер и Брукс), структурная интеграция (Рольф).

Менее известны в нашей стране техники биосинтеза, бондинга, «танатотерапии» (Баскаков).

Телесно-ориентированная психотерапия возникла на основе практического опыта и многолетних наблюдений взаимосвязи духовного и телесного в функционировании организма. Она в большей степени, чем другие направления психотерапии, придерживается холистического подхода, необходимость в развитии которого постоянно возрастает. Преодоление дуализма тела и разума и возвращение к целостной личности ведет к глубоким изменениям понимания поведения человека.

Существующие в настоящее время методы телесно-ориентированной психотерапии отвечают всем требованиям холистического подхода: для них человек — единое функционирующее целое, сплав тела и психики, в котором изменения в одной области сопровождаются изменениями в другой. Их объединяет стремление вернуть человеку ощущение целостности, научить его не только осознаванию вытесненной информации, но и переживанию в настоящий момент единства тела и психики, целостности всего организма. Все методы телесно-ориентированной психотерапии направлены на обеспечение условий, в которых пациент сможет пережить свой опыт как взаимосвязь психического и телесного, принять себя в этом качестве, тем самым, получив возможность для улучшения своего функционирования.

Одним из наиболее известных методов телесно-ориентированной психотерапии является анализ характера и практика вегетотерапии Райха. Он был первым аналитиком,

интерпретировавшим природу и функции характера в работе с пациентами. Райх подчеркивал важность обращения внимания на физические аспекты характера, в особенности, на «хронические мышечные зажимы», названные им «мышечным панцирем». Райх разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и типом защиты от болезненного эмоционального опыта. По его мнению, хронические мышечные зажимы блокируют три основных эмоциональных состояния: тревожность, гнев и сексуальное возбуждение. «Мышечный панцирь» не дает человеку возможности переживать сильные эмоции, ограничивая и искажая выражение чувств. Райх писал: «Мышечная судорога представляет собой телесную сторону процесса вытеснения и основу его длительного сохранения». В основе этой теории лежит понятие о том, что защитным механизмам, которые затрудняют нормальное функционирование человеческой психики, можно противодействовать, оказывая прямое влияние на тело. Он выделял свои аналитические интерпретации, названные им «анализом характера», от непосредственного воздействия на защитную мускулатуру, которое называл «вегетотерапией» и «анализом характера в области биофизического функционирования». Основное препятствие для личностного роста Райх видел в «защитном мышечном панцире», который мешает человеку жить полноценной жизнью в гармонии с окружающими людьми и природой. Он выделял семь сегментов «мышечного панциря», охватывающего тело: 1) область глаз, 2) рот и челюсть, 3) шея, 4) грудь, 5) диафрагма, 6) живот, 7) таз.

Райх обнаружил, что расслабление «мышечного панциря» освобождает значительную либидинозную энергию и помогает процессу психоанализа. Им разработана специальная терапевтическая методика, позволяющая снижать хроническое напряжение определенных групп мышц и, таким образом, высвобождать эмоции, которые этим напряжением сдерживались. Он анализировал в деталях позу пациента и его физические привычки, чтобы дать пациентам возможность осознать, как они подавляют психические проявления в различных частях тела. Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить эмоцию, которая связана в этой части тела. Он заметил, что только после того, как подавляемая эмоция принимается пациентом и находит свое выражение, последний может полностью отказаться от своего зажима. Постепенно Райх начал прямо работать с зажатыми мышцами, разминая их руками, чтобы способствовать высвобождению связанных в них эмоций. Представления Райха развивались от аналитической работы, опирающейся исключительно на словесный язык, к исследованию психологических и соматических аспектов характера и «мышечного панциря», а затем исключительно к акценту на работе с мышечным защитным панцирем, направленной на обеспечение свободного протекания биологической энергии в организме.

Ранние труды Райха по анализу человеческого характера содержат интересные психологические прозрения, и многие психологи руководствуются ими и сегодня. Несмотря на отдельные спорные моменты, касающиеся его оргонной теории, многие направления телесно-ориентированной психотерапии берут за основу разработанные им понятия и техники. В их числе можно назвать биоэнергетику Лоуэна и биосинтез Боаделлы. К ним близок сохранивший связь с психоанализом метод Розен.

Биоэнергетика Лоуэна центрирована на роли тела при анализе характера, включает методику дыхания Райха, многие из его техник эмоционального раскрепощения. Сохраняя приближенную к современному психоанализу методику, психологическая работа в биоэнергетике использует прикосновение и давление на напряженные мышцы на фоне глубокого дыхания в специальных позициях, способствуя расширению осознавания тела, развитию спонтанной экспрессии, помогая психофизической интеграции организма. Вместе с тем биоэнергетическая терапия по Лоуэну значительно отличается от терапии Райха. Например, Лоуэн не стремится к последовательному — от головы до пят — расслаблению блоков мышечного панциря. Он, более других преуспевший в преодолении свойственного психоанализу неприятия прямых физических контактов с пациентом, гораздо реже прибегает к мануальному воздействию на тело. Кроме того, Лоуэн не разделяет взгляды Райха на сексуальную природу неврозов, и потому его работа встречает большее понимание среди современников. По Лоуэну, причиной неврозов, депрессии и психосоматических расстройств является подавление чувств, которое сопровождается хроническими мышечными напряжениями, блокирующими свободное течение энергии в организме человека и приводящее к изменению личностного функционирования. Лоуэн утверждает, что игнорирование и непонимание собственных чувств приводит к заболеваниям, и что ощущения, которые испытывает человек от собственного тела, служат ключом к пониманию своего эмоционального состояния. Через раскрепощение тела человек обретает свободу от мышечного напряжения, сопровождающегося свободной циркуляцией жизненной энергии, что ведет к глубинным личностным изменениям пациентов. Зрелая личность в состоянии в равной степени как контролировать выражение своих чувств, так и отключать самоконтроль, отдаваясь потоку спонтанности. Она имеет доступ в равной

степени как к неприятным чувствам страха, боли, злости или отчаяния, так и к приносящим удовольствие сексуальным переживаниям, радости, любви. Лоуэн считает, что отношение человека к жизни и его поведение отражается в телосложении, позах, жестах, что между физическими параметрами человека и складом его характера и личности имеется тесная связь. Он выделил пять типов человеческого характера, основываясь на его психических и физических проявлениях: «шизоидный», «оральный», «психопатический», «мазохистический» и «ригидный» типы. Помимо этого, в биоэнергетической терапии разработан ряд понятий, к числу которых относятся «биоэнергия», «мышечная броня», «заземление». При этом последнее является важной категорией биоэнергетической терапии, создание которой считается принципиальным вкладом Лоуэна в развитие теорий Райха. Основными приемами биоэнергетики выступают различные манипуляции с мышечными фасциями, дыхательная гимнастика, техники эмоционального раскрепощения, напряженные позы для энергетизации заблокированных частей тела («арка Лоуэна», «тазовая арка»), активные двигательные упражнения, вербальные способы высвобождения эмоций, различные варианты физического контакта членов терапевтической группы и др. Такие контакты помогают оказать поддержку членам группы. В процессе тренинга применяются упражнения, способствующие выражению негативных эмоций по отношению к другим участникам групповых занятий. Проявление негативных чувств, таких как гнев, страх, грусть, ненависть почти всегда предшествует выражению положительных эмоций. По мнению сторонников биоэнергетики, негативные чувства скрывают глубокую потребность в положительных чувствах и удовольствии. На протяжении всего цикла занятий постоянно предпринимаются попытки соотнести телесное состояние с обсуждаемыми психологическими проблемами пациента.

Совершенно иными подходами в телесно-ориентированной психотерапии, направленными на эффективное использование тела в процессе жизнедеятельности, подчеркивающими функциональное единство тела и психики, являются методы Александера и Фельденкрайза.

На метод Александера часто смотрят как на технику коррекции осанки и привычных поз, но это только небольшая часть того, что он представляет на самом деле. В действительности, это системный подход, направленный на более глубокое осознавание самого себя, метод, стремящийся вернуть организму утраченное психофизическое единство. По Александеру, вся деятельность человека зависит от его способности управлять телом. Имеется много альтернативных возможностей для этого, но в каждой ситуации есть лишь один путь, обеспечивающий наилучший способ функционирования и способствующий более быстрому достижению результата. Александер считал, что способ функционирования организма, приводящий к болезням, вызывается неправильным (неэффективным) использованием мышц тела, требующего преодоления мышечного напряжения. Он предлагал вместо привычных способов выполнения движений создавать новые, которые помогут улучшить использование собственного тела, тем самым, способствуя оздоровлению организма. По убеждению Александера, люди, страдающие неврозом, всегда «зажаты», для них характерно неравномерно распределенное напряжение мышц (дистония) и плохая осанка. Он утверждал, что неврозы «...вызываются не мыслями, а дистоническими реакциями тела на мысли...», что психотерапия без учета мышечных реакций не может привести к успеху, и необходимо уделять внимание не столько исследованию причин душевных травм, сколько созданию новой системы управления мышцами. Метод Александера основан на двух фундаментальных принципах — принципе торможения и принципе директивы. Торможение — это ограничение непосредственной реакции на событие. Александер считал, что для реализации искомых изменений сначала нужно затормозить (или остановить) свою привычную инстинктивную реакцию на конкретный раздражитель, и только потом, применив директиву, найти более эффективный способ действия в данной ситуации. Он предлагал использовать следующие директивы: расслабить шею настолько, чтобы голова сместилась вперед и вверх для того, чтобы тело смогло вытянуться и расшириться. Большое значение Александер уделял взаимоотношениям между головой и шеей. «Первичный контроль» — описывающий взаимосвязь головы, шеи и тела — главный рефлекс, контролирующий все другие рефлексы, включая координацию и сбалансированное управление телом. Он считал, что вследствие зажима шейных мышц и отклонения головы назад страдает не только естественная координация движений человека, но и нарушается механизм возврата к нормальному состоянию равновесия после движения. В процессе обучения методу Александера человек должен уяснить, при каких обстоятельствах у него возникает неадекватная напряженность мышц, научиться сознательно тормозить любую рефлекторную попытку произвести соответствующее команде движение, при помощи осознанного действия снять напряжение мышц.

В отличие от Александера, Фельденкрайз больше внимания уделял осознаванию, считая, что только «осознавание делает действие соответствующим намерению». Фельденкрайз внес существенный вклад в разработку теории образа действия и создал свой метод, посвященный

проблеме целостного подхода к функционированию организма. Он утверждал, что нарушение функций связано не только с наличием неправильных установок, но и с тем, что человек, как правило, производит неправильные действия в процессе выполнения задуманного. По мнению Фельденкрайза, в процессе деятельности совершается много лишних, случайных движений, которые препятствуют «целевому действию»; в результате выполняется некоторое действие и противоположное ему в одно и то же время. Это происходит в связи с тем, что человек осознает лишь свои мотивы и результат действия, а сам процесс последнего остается неосознанным. Фельденкрайз считал мышечное движение важнейшей составной частью действий человека и пытался изменить поведение, обучая новому способу управления телом. В своих работах он использовал понятия образа себя и образа действия. Согласно Фельденкрайзу, чтобы изменить поведение человека, необходимо изменить образ себя, который нам присущ, а это требует изменения динамики реакций, природы мотивации и мобилизации всех частей тела, которые затронуты данным действием. Цель разработанных Фельденкрайзом упражнений состоит в том, чтобы человек был способен двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности благодаря осознаванию своих действий. Концентрируя внимание на мышцах, участвующих в произвольных движениях, можно распознать те мышечные усилия, которые излишни и, как правило, не осознаются. При этом появляется возможность избавиться от действий, которые противоречат изначальной цели субъекта. Для реализации своих идей Фельденкрайз разработал упражнения, направленные на взаимодействие различных частей тела, на дифференцирование ощущений, на преодоление стандартных паттернов движения. Он предлагал изменить поведение человека, обучая его более точному управлению движениями посредством совершенствования чувствительности.

Отдельными видами телесно-ориентированной психотерапии, не укладывающимися в границы опыта классической терапии Райха, являются бондинг, метод чувственного сознавания, метод структурной интеграции.

Понятие чувственного опыта, его дифференцированное восприятие и переживание является основным в методе чувственного сознавания. Чувственное сознавание — это процесс осознавания телесных ощущений, обучение дифференцированному восприятию ощущений тела, эмоций, образов и установлению взаимосвязи между ними. Человек с детства приучен преуменьшать значение собственного опыта и «учится на опыте других», то есть подменяет свой опыт конструкциями, которые удовлетворяют окружающих. При этом ощущения собственного тела игнорируются. Занятия по методу чувственного сознавания помогают преодолеть этот барьер, обучают более полному телесно-инстинктивному функционированию. В процессе занятий возникает понимание того, что восприятие относительно, а наше мышление часто обусловлено субъективной информацией, получаемой от окружающих, а не реальной действительностью. Одно из главных положений метода заключается в том, что ориентировка на ощущения, получаемые в опыте, делает наше мышление более объективным, а поведение в большей степени соответствующим нашим намерениям. Другим существенным аспектом метода чувственного сознавания является изучение процесса коммуникации и значения прикосновений во взаимодействии между участниками группы. Степень близости и дистанцированности, желание взаимопомощи и ответственность, чувствование окружения и степень восприятия и чувствования окружением субъекта — вот те стороны процесса, которые осознаются участниками группы на телесном уровне гораздо легче и быстрее.

В 20-е годы прошлого столетия Гиндлер разработала новый подход в телесной терапии, в основе которого лежит стремление воздействовать на саморегуляцию организма. Селвер распространяла идеи Гиндлер в США. С 1938 г. она активно разрабатывала метод, названный ею методом чувственного сознавания (sensory awareness). Впоследствии ее работой заинтересовался ряд психоаналитиков, и некоторые из них — Фромм и Перлс — стали ее учениками.

Работа Селвер и Брукс оказала большое влияние на Гунтера, создавшего технику, названную им «чувственным пробуждением» (sensory awakening), которая во многом перекликается с работой его учителей. Упражнения этой техники помогают почувствовать свое тело и соприкоснуться со своими чувствами, научиться прикасаться к другим и принимать прикосновения.

Следующим методом телесно-ориентированной психотерапии, стоящим в стороне от рассмотренных, является метод структурной интеграции, или рольфинг, названный так по имени ее создателя, Рольф. Он представляет собой комплексный подход, направленный на осознавание тела, включающий работу над структурой тела, походкой, манерой сидеть, стилем общения. По мнению автора, нарушение функций человеческого организма связано не только с психическими, но и физическими факторами. Она считает, что нормально функционирующее тело человека в вертикальном положении остается прямым при минимальном расходе энергии, но под влиянием

стресса оно изменяется, приспосабливаясь к воздействию последнего. В результате взаимосвязи структур всего тела напряжение в одной области оказывает компенсаторное воздействие на другие части тела. И, в конечном итоге, дезинтеграция костно-мышечной системы приводит к потере уравновешенного распределения веса тела и изменению его структуры, вызывает нарушение нормального функционирования организма. Метод структурной интеграции включает в себя прямые манипуляции с телом, позволяющие изменить состояние мышечных фасций, восстановить равновесие и гибкость тела. Работа с фасциями приводит к тому, что мягкие ткани суставов занимают естественное положение, суставы приобретают нормальную подвижность, а мышцы начинают сокращаться более согласованно. Основной составляющей метода является глубокий массаж с помощью пальцев, суставов пальцев и локтей, направленный на систематическое расслабление фасций в течение 10 сессий. Поскольку процедура рольфинга связана с болью и возможностью структурных повреждений тела, ее должны проводить только опытные специалисты. Рольф считает, что, когда фасции расслабляются, высвобождаются ранее пережитые воспоминания. В ходе сеанса пациент может заново пережить травматическую ситуацию прошлого. Вместе с тем целью занятий является преимущественно физическая интеграция, эмоционально-поведенческие аспекты процесса не становятся предметом специального анализа.

Достигнутый эффект особенно устойчив, если индивидуум сохраняет сознание изменений, обеспеченных рольфингом, в структуре и функционировании тела. Для этой цели служит система «обеспечения структурных паттернов», включающая упражнения с позой и равновесием тела.

Многие специалисты отмечают, что рольфинг, достигая положительных сдвигов в физическом состоянии, позволяет в дальнейшем сделать более эффективными психологические методы воздействия.

Контрольные вопросы

1. Кто является основоположником ориентированной на тело психотерапии?
   1) Перлс;
   2) Лоуэн;
   3) Райх;
   4) Роджерс.
2. В биоэнергетике Лоуэна разработаны следующие понятия, кроме:
   1) биоэнергии;
   2) заземления;
   3) фигуры и фона;
   4) мышечной брони.

Трансактный анализ.

Создателем этого метода психотерапии является американский психиатр Берн. Согласно его концепции, человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Он проживает свою жизнь по «сценарию», написанному при активном участии его близких, прежде всего родителей, принимает решения в настоящем, основанные на стереотипах, которые когда-то были необходимы для его психологического выживания, но теперь чаще всего бесполезны. Основная цель психотерапевтического процесса — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей и возможностей.

Трансактный анализ включает в себя: 1) структурный анализ — анализ структуры личности; 2) анализ трансакций — вербальных и невербальных взаимодействий между людьми; 3) анализ психологических игр — скрытых трансакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу); 4) анализ сценария (скрипт-анализ) — индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

Структура личности характеризуется наличием трех состояний Я: Родитель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе). Подчеркивается, что Я-состояния — это не роли, исполняемые людьми, а феноменологические реальности, поведенческие стереотипы, провоцируемые актуальной ситуацией.

Родитель — это информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц, это наставления, поучения, правила поведения, социальные нормы, запреты — информация из категории, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации.

Ребенок — это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах. Естественный Ребенок включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека: он придает человеку обаяние и теплоту.

Взрослое Я-состояние — это способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые, адекватные ситуации решения.

При взаимодействиях (трансакциях) людей могут включаться различные Я-состояния. Различают дополнительные, перекрестные и скрытые трансакции. Дополнительными называются трансакции, соответствующие ожиданиям контактирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям. Такие взаимодействия не конфликтогенны и могут продолжаться неограниченное время. Конфликтогенной способностью обладают перекрестные трансакции. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее Я-состояние.

Скрытые трансакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух Я-состояний, так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого сообщения, что и составляет суть психологических игр. Когда продавец машин, улыбаясь, говорит своему клиенту: «Это наша самая великолепная спортивная модель, но она, наверное, слишком дорога для Вас», то его слова могут быть восприняты как Взрослым, так и Ребенком клиента. Когда их слышит Взрослый, ответ может быть таким: «Да, вы правы, учитывая то, сколько я получаю». В то же время Ребенок может ответить: «Я беру ее — это как раз то, что я хочу». Наиболее тонкие обманные ходы строятся с учетом человеческой потребности в признании.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых трансакций с четко определенным и предсказуемым исходом. Это набор трансакций со скрытой мотивацией, серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определенное эмоциональное состояние, к которому игрок бессознательно стремится. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, чаще это неприятные ощущения, которые для игрока являются «любимыми» и которые он «коллекционирует». Например, в игре «Ударь меня» один из участников пытается вызвать у своего партнера неуважительную к себе реакцию. В книге Берна «Игры, в которые играют люди» описываются десятки игр. Их исполняют из Родительского Я-состояния, когда повторяют игру родителей; из Взрослого Я-состояния, когда они сознательно рассчитаны; из Детского Я-состояния, когда они основаны на ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребенок занял в отношении себя и других в детстве.

Понятие психологической позиции является одним из основных. Известным пропагандистом его стал психиатр Харрис благодаря своей книге «Я о'кей — ты о'кей». Название книги выражает позицию, которой человек должен добиться в процессе трансактной терапии. Харрис различает 4, а Инглиш — 5 основных позиций.

Психологические позиции возникают не только в отношении себя и других, но и в отношении другого пола. Приняв психологическую позицию, личность старается укрепить ее, чтобы стабилизировать самооценку и сохранить свое восприятие окружающего мира. Психологическая позиция становится жизненной позицией, исходя из которой играют в игры и осуществляют жизненный сценарий. Например, женщина, которую в детстве третировал отец-алкоголик, принимает 2 позиции: «Я ничего не стою» (я не о'кей) и «Мужчины — это животные, которые будут обижать меня» (мужчины не о'кей). Исходя из этого, она выбирает людей, которые играют определенные роли, соответствующие ее жизненному сценарию. Так, она выходит замуж за «животное», к тому же алкоголика. В дополнение к этому на людях она играет в игру «Насильник»: привлекая мужчину беседой, пытается его соблазнить; если же он не поддается на это, она с возмущением отвергает его, еще раз убеждаясь, что «мужчины — это животные, которые хотят обидеть» ее (коллекционирование «любимых чувств»).

Сценарий — это жизненный план, напоминающий спектакль, который личность вынуждена играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и записывается в детское Я-состояние через трансакции, происходящие между родителями и ребенком. Игры, в которые играют люди, являются частью сценария. Осознав свои позиции и игры, личность может понять свой жизненный

сценарий. Анализ его является основной целью трансактного анализа. По Берну, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, начинающимся в раннем детстве. Первоначально сценарий пишется невербально (позиции, принимаемые в детстве — «я о'кей», «я не о'кей», — записываются невербально), затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться к общему жизненному плану («ты станешь знаменитым», «ты неудачник, ты никогда ничего не достигнешь»), а могут касаться различных сторон жизни человека: ребенку предписывается профессиональный сценарий («ты настоящий артист»), сценарий относительно своего пола и женитьбы-замужества («ты такой хилый, ты никогда не станешь настоящим мужчиной», «не рассчитывай со своими данными выйти замуж»), относительно образования, религии, спорта, увлечений и т. п. При этом родительские сценарные сообщения могут быть конструктивными, деструктивными (в крайних случаях — ведущими к самоубийству) и непродуктивными.

Трансактный анализ — это интеракционная психотерапия, которая проводится в групповой форме. Пациентов обучают основным понятиям, пониманию механизмов поведения и их расстройств. Психотерапевт и пациенты пользуются при этом доской и мелом. Целью работы является осознание членами группы того, в пределах какого Я-состояния они обычно функционируют (структурный анализ). Развивая это осознание, пациенты исследуют раннее программирование, послания (сообщения), которые они получали от родителей, и свои ранние решения в отношении собственного достоинства («я о'кей», «я не о'кей») и жизненной позиции.

Главная цель терапии, по Р. и М. Маклюр Голдинг, состоит в пересмотре ранних решений. Авторы отвергают представление Берна о том, что мы пассивно следуем сценарию и являемся жертвами раннего обусловливания, и полагают, что решения принимаются нами в ответ на реальные и воображаемые родительские послания и таким образом мы сами изначально создаем свой сценарий. Если было принято раннее решение, то с помощью различных психотерапевтических приемов члены группы могут заново пережить сцены раннего детства, оживить ситуации, в которых они приняли определенное пораженческое решение относительно себя и своей жизни, и в конце концов могут принять новое решение на интеллектуальном и эмоциональном уровне. Указанными авторами развит модифицированный вариант трансактного анализа, сочетающий свои принципы и приемы с гештальт-терапией, психодрамой и модификацией поведения.

Контрольные вопросы

1. Трансактный анализ относится к:
   1) когнитивной психотерапии;
   2) разговорной психотерапии;
   3) аверсивной терапии;
   4) интеракционной психотерапии.
2. В трансактном анализе различают следующие виды трансакций, кроме:
   1) дополнительных;
   2) параллельных;
   3) перекрестных;
   4) скрытых.

Кризисная психотерапия.

Психотерапевтическая помощь людям, находящимся в кризисном состоянии, называется кризисной психотерапией.

Практика кризисной психотерапии базируется на теории кризиса Линдеманна и концепции стадии жизненного цикла и кризиса идентификации Эриксона. Кризис понимается как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними, по отношению к его личности, причинами (фрустрацией), либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому жизненному циклу, этапу развития. В этом понимании кризисы переживаются каждым человеком. Психотерапевтическая помощь показана людям не просто в кризисном состоянии, а в ситуации «патологического кризиса». В настоящее время круг состояний, относящимся к кризисным и требующих психотерапевтической помощи, достаточно широк. К ним в первую очередь относятся кризисные состояния, сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией, психогенной, в том числе невротической реакцией, невротической депрессией, психопатической

или патохарактерологической реакцией. В 60-е годы группа кризисных состояний пополнилась за счет концепции «кризисов семьи». Кроме того, к кризисным состояниям могут быть отнесены так называемые кризисы идентичности (Положий) — чрезмерно переживаемые людьми резкие изменения уклада общественной жизни, что, например, характерно для современной России.

Наиболее значимым фактором «патологических» кризисных состояний, определяющим терапевтическую тактику кризисной психотерапии, являются суицидальные тенденции (суицидальные мысли и суицидальное поведение) . Суицидальные тенденции могут входить в структуру клинических проявлений кризисных состояний и являться своеобразным ответом на чрезмерные, субъективно невыносимые страдания. В нашей стране концепция кризисных состояний (в русскоязычной литературе традиционным термином, адекватным кризисному состоянию, является термин социально-психологическая дезадаптация), была разработана Амбрумовой. В соответствии с ее концепцией причиной суицидального поведения являются конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере. Другой причиной перехода кризиса в патологическую форму и возникновения в его структуре суицидальных тенденций, обострения нервно-психического или психосоматического заболевания, является его хронизация. Хронизация кризиса характерна для людей с незрелым мировоззрением (инфантильным — «мир прекрасен» или подростковым — «мир ужасен»), однонаправленностью, негармоничностью социальных, семейных и профессиональных установок. Подобные суицидогенные установки связаны с представлением о большей, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и других ценностей. Такие установки препятствуют принятию оптимального способа выхода из кризисной ситуации, а при повторной утрате или угрозе утраты доминирующих ценностей вновь инициируют суицидальные тенденции. Именно такие люди нуждаются в психотерапевтической помощи в период переживания кризиса, который воспринимается ими не как трудный и ответственный период в жизни, а как «тупик, делающий дальнейшую жизнь бессмысленной». Учитывая большое значение для психотерапии именно суицидального поведения людей, переживающих кризис, и для отличия «патологического» кризиса от кризиса, протекающего нормально, применяется термин «суицидальный кризис» или «суицидальное кризисное состояние».

В структуре суицидоопасных реакций выделяют три компонента: аффективный, когнитивный и поведенческий. Содержанием аффективного компонента служат в частности переживания эмоциональной изоляции и безвыходности ситуации. Наиболее частыми модальностями аффекта являются реакции тревоги, депрессии, тоски, обиды. В ряде случаев отмечается апатия, ощущение бессилия, стремление к уединению.

Когнитивный компонент суицидального кризисного состояния включает представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешения кризиса из-за отсутствия времени или возможности.

Поведенческий компонент кроме собственно суицидального поведения включает также и поведенческую, часто высокую, активность в попытках разрешения кризисного состояния, в том числе использования неадаптивных вариантов копинг-поведения типа «бегства в алкоголизацию и наркотизацию», проявлений агрессивных и диссоциальных тенденций.

Эти психологические особенности определяют и специфику кризисных пациентов, и особенности кризисной психотерапии.

Основные контингенты обращающихся за кризисной психотерапевтической помощью — это практически здоровые люди (в том числе с акцентуацией характера) и больные с пограничными состояниями. Большинство из них ранее не посещали психиатра, впервые обращаются за психотерапевтической помощью и не имеют опыта такого лечения, отличаются неустойчивыми и нереалистическими ожиданиями в отношении него. Большинство пациентов составляют женщины, суицидальное состояние которых обусловлено супружескими или сексуальными конфликтами; часть пациенток переживают необратимую утрату значимого другого — объекта эмоциональной привязанности (супруга, ребенка, родителей). Особое внимание обращают на себя наличие суицидальных тенденций и попыток самоубийства в анамнезе, их связь с микросоциальными конфликтами.

При работе с суицидальными кризисными пациентами учитывается уровень мотивации на участие в психотерапии: 1) конструктивный — с ожиданием помощи в преодолении кризисной ситуации; 2) симптоматический — с установкой лишь на ликвидацию симптомов; 3) манипулятивный — с попыткой использования влияния психотерапевта для улучшения отношения к себе участников конфликта; 4) демобилизирующий — с отказом от психотерапии.

Принципы и задачи кризисной психотерапии. Кризисная психотерапия имеет принципиальные отличия от методов психотерапии, применяющихся в клинике пограничных состояний, к которым относятся:

1) ургентный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и, во-вторых — с выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке и на первых порах — в руководстве его поведением;

2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного риска;

3) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности. По своему характеру кризисная психотерапия близка к когнитивно-поведенческой психотерапии и включает три этапа: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации, необходимого для разрешения конфликтной ситуации.

Индивидуальные терапевтические программы кризисной психотерапии применяются дифференцированно в зависимости от актуальности суицидальных переживаний. Так, пациентам с высоким суицидальным риском оказывается кризисная поддержка; по отношению к пациентам, находящимся в фазе выхода из острого кризиса, осуществляется кризисное вмешательство; посткризисные пациенты без суицидальных тенденций, находящиеся в условиях неразрешенной высокоактуальной ситуации, включаются в занятия по тренингу навыков адаптации.

Острота суицидальных переживаний, как правило, наиболее выражена при поступлении пациента на лечение, в дальнейшем актуальность суицидальных тенденций снижается. Поэтому упомянутые этапы кризисной психотерапии могут осуществляться последовательно: кризисная поддержка — кризисное вмешательство — повышение уровня адаптации.

Терапевтические задачи на этапе кризисной поддержки соответствуют уровню имеющейся терапевтической мотивации. На этапе кризисного вмешательства осуществляется коррекция терапевтического контракта с постановкой терапевтических задач, позволяющих изменить отношение к кризисной ситуации.

Схематично задачи кризисной психотерапии могут быть представлены в виде следующей индивидуальной терапевтической программы, включающей конкретные терапевтические цели (мишени), для пациента, впервые обратившегося за кризисной психотерапией на высоте кризисного состояния с высоким суицидальным риском.

Схема индивидуальной психотерапевтической программы кризисной психотерапии:

I. Этап кризисной поддержки:

1. Установление терапевтическою контакта.
2. Раскрытие суицидоопасных переживаний.
3. Мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.
4. Заключение терапевтического контракта.

II. Этап кризисного вмешательства:

1. Когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы.
2. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации.
3. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.

III. Этап повышения уровня адаптации:

1. Поведенческий тренинг неопробованных способов разрешения кризисной ситуации.
2. Выработка навыков самоанализа и самонаблюдения за неадаптивными когнитивными механизмами, а также их преодоления.
3. Введение новых значимых других для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

В настоящее время кризисная психотерапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейной и групповой.

Индивидуальная кризисная психотерапия. Применяются различные методы и варианты краткосрочной психотерапии, которые проводятся с соблюдением указанных выше этапов.

Особенностями индивидуальной кризисной психотерапии является использование специальных технических приемов.

Так, на этапе кризисной поддержки при установлении терапевтического контакта применяется прием выслушивания, который является чрезвычайно важным в кризисной психотерапии в связи с тем, что это фактически единственный способ, позволяющий при его правильном применении значительно дезактуализировать травмирующие переживания в короткие сроки. Можно считать, что кризисная терапия невозможна без этого приема и мастерство психотерапевта состоит в том, чтобы любыми средствами «разговорить» пациента и создать условия для проговаривания им травмирующих переживаний. На этом этапе психотерапевт может отступить от принятого в психотерапии правила продолжительности одной встречи с пациентом в 50 мин, и если пациент способен и склонен говорить, то встреча может продолжаться несколько часов. Пациент при этом выслушивается терпеливо и сочувственно, психотерапевт обеспечивает эмпатическую обстановку, способствует катарсическому отреагированию пациента. Не следует прерывать речь пациента (чрезвычайно важное правило). На этом этапе работы исключается конфронтация и другие активные элементы психотерапии. Выслушивание пациента — основной элемент раскрытия суицидоопасных переживаний. Психотерапевтические задачи установления контакта и раскрытия суицидоопасных переживаний считаются реализованными, когда, несмотря на усилия психотерапевта и применение им техники классической вербализации и избирательной вербализации (обобщающие высказывания психотерапевта касаются только травмирующей ситуации, другие же темы игнорируются), пациент самостоятельно перестает говорить на травмирующую для него тему и самостоятельно же выбирает другую тему для обсуждения. По невербальным признакам отмечается снижение эмоционального напряжения и эмоциональная разрядка пациента при сфокусированном обращении к теме травмирующих переживаний. Задача установления терапевтического контакта и прием выслушивания требуют в некоторых случаях 4-5 встреч.

Далее реализуется терапевтическая задача актуализации адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты, требующие обязательной эмоциональной поддержки пациента. Реализуя эту задачу, психотерапевт актуализирует антисуицидальную мотивацию путем обращения пациента к прошлым достижениям и будущим перспективам. Проявления личностной несостоятельности пациента не интерпретируются и не анализируются. Сопротивление пациента игнорируется.

Этап кризисной поддержки завершается заключением терапевтического контракта, основная задача которого состоит в кризисной психотерапии — локализации кризисной ситуации и проблематики. В целом задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидальных тенденций и позволяет перейти к этапу кризисного вмешательства.

Кризисное вмешательство имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы пациента и когнитивной перестройки его представлений о причинах и путях выхода из кризиса. На этом этапе применяются известные технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии. Особенностью психотерапевтической работы является точная фокусировка пациента на терапевтических задачах этапа и игнорирование его стремления вернуться к обсуждению симптоматики и других незначимых проблем.

На этапе повышения уровня адаптации применяются различные варианты поведенческой психотерапии, проводится индивидуальный поведенческий тренинг, который может быть реализован через систему домашних заданий пациенту.

Примерами психотерапии кризисных состояний являются аксиопсихотерапия (метод, направленный на переоценку ценностей, переориентацию больного, адаптацию его к реальности) и профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия.

Аксиопсихотерапия ставит перед собой следующие задачи:

1) предотвращение фиксации когнитивной установки безвыходности и отсутствия смысла жизни;

2) личностный рост пациента, повышающий кризисную и фрустрационную толерантность;

3) коррекция аксиопсихологической парадигмы путем использования приемов переориентации — знака значения, переакцентировки, актуализации и дезактуализации ранга индивидуального значения ценностной иерархии пациента.

Профилактически-ориентированная патогенетическая психотерапия (Бараш) также может быть отнесена к эмоционально-когнитивным методам. Она базируется на принципах краткосрочности (интенсивности, фокусировки), реалистичности, интегративности (пластичности, личностной

включенности) психотерапевта и симптомо-центрированного контроля, использует парадоксально-шоковые приемы («все гораздо хуже», «уход в другую жизнь», «предсмертный договор с психотерапевтом» и др.), анализ причин кризиса, поиск «забытых в прошлом» потребностей и интересов пациента и путей их актуализации в ситуации блокирования «единственной цели в жизни». Цель терапии — преодоление сверхценного эгоцентризма и однонаправленного программирования жизни, косвенное научение конструктивному рационально-эмоциональному сопротивлению последующим жизненным кризисам.

Семейная кризисная психотерапия показана в ситуации, когда кризисное состояние определяется семейно-бытовыми конфликтами. Особое значение таких конфликтов, по-видимому, состоит в том, что кризисный пациент лишается поддержки своего ближайшего окружения, и у него возникает чувство одиночества на фоне эмоциональной изоляции. Выделяют два варианта указанных конфликтов: семейно-супружеский конфликт (или шире конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе детско-родительский). Особенно опасной считается ситуация развода (разрыва отношений между сексуальными партнерами): разведенные прибегают к самоубийству как к способу разрешения кризисной ситуации в 5 раз чаще, чем семейные.

В отличие от пациентов, обращающихся за семейно-супружеской психотерапией, кризисные пациенты, во-первых, обнаруживают суицидальные тенденции, во-вторых, как правило, находятся на поздних стадиях семейного кризиса. В связи с этим семейная кризисная психотерапия отличается от традиционных форм семейно-супружеской психотерапии тем, что она направлена на устранения суицидоопасных тенденций путем быстрейшего разрешения семейного кризиса, а не на сохранение семьи. Семейная кризисная психотерапия возможна и показана только в случае собственной инициативы членов семьи, их вовлеченности в кризис, необходимость их включения в систему помощи кризисному пациенту, развитие кризиса у других членов семьи. Кризисная семейная психотерапия проводится с использованием стратегий и подходов различных методов семейно-супружеской психотерапии, с включением в психотерапию этапов и задач кризисной психотерапии.

Групповая кризисная психотерапия является высокоспецифичной формой кризисной психотерапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных больных групповая кризисная психотерапия направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненным значением. Это обусловливает краткосрочность, интенсивность и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся, как правило, высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас».

Показаниями для этого вида кризисной психотерапии являются: 1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации; 2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработка и проверка новых способов адаптации; 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Окончательные показания устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его переживаниями, связанными с участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных тенденций. Более того, в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным, и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия. С пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования помощи кризисной группы. С целью выработки оптимистической терапевтической перспективы пациента знакомят с журналом отзывов бывших участников, в котором они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью психотерапевтической группы.

Размеры кризисной группы ограничиваются 10 участниками. Обычно в нее включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Более двух таких

пациентов создают трудности в работе группы, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов. Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера — проводника эмоционального влияния психотерапевта включается больной с выраженной акцентуацией характера или психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией. Двое таких больных могут вступать в соперничество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы. Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие по возрасту опекают младших, мужчины и женщины удовлетворяют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корригируются неадаптивные полоролевые установки. Неотложность решения кризисных проблем, охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5-2 ч. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4-6 нед, курс групповой кризисной психотерапии равен в среднем 1 мес. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Роль групповой сплоченности в кризисной группе отличает последнюю от группы больных с пограничными состояниями, где она возникает в процессе групповой динамики и является важным терапевтическим фактором в поздних фазах развития группы. В кризисной группе сплочение ее участников определяется взаимной поддержкой и используется для разрешения их кризисных ситуаций. Здесь терапевтически оправданным является поведение психотерапевта, направленное на стимулирование поддержки пациентами друг друга уже на ранних этапах терапии. Баланс эмоциональной поддержки и сплочения — напряжения в группах кризисной психотерапии сдвинут в сторону сплочения и поддержки. Поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний.

Группа является открытой, то есть еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один — два пациента, и она пополняется новыми участниками. Открытость группы, создавая определенные трудности для сплочения ее участников, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, помогают созданию у них оптимистической лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открытой группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Проблемная ориентация групповой кризисной психотерапии требует фокусирования психотерапии на кризисной ситуации, поэтому позиция психотерапевта, в отличие от таковой при групповой психотерапии пограничных расстройств, в известной мере является более директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением. Описанные факторы лечебного действия кризисной психотерапии (поддержка, вмешательство, повышение уровня адаптации) осуществляются поэтапно в отношении каждого участника группы. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются все три элемента кризисной психотерапии.

Кризисная психотерапия в нашей стране представлена в виде кризисной службы, деятельность которой постоянно совершенствуется. В настоящее время работа кризисной службы определяется приказом Минздрава РФ от 06.05.98 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Этим приказом, в частности, определяются звенья кризисной службы: отделения «Телефон доверия», кабинеты социально-психологической помощи, стационарные отделения кризисных состояний. В приказе содержатся положения об этих звеньях, штатные нормативы, методические рекомендации по организации региональной кризисной службы.

Телефонное консультирование. Телефонная помощь для людей в кризисе или решивших расстаться с жизнью возникла более 40 лет назад. Местом ее рождения стал Лондон, а зачинателем и впоследствии руководителем одного из международных движений телефонной помощи стал англиканский священник Чад Вара. В 1953 г. он прочел, что в большом Лондоне происходит три самоубийства в день. Это поразило его и у него возникли вопросы: «Что же

предпринять, если эти люди не захотели обратиться ни к врачу, ни социальному работнику? Но к кому они могли бы обратиться? Может, некоторые из них выбрали бы меня? Если спасать жизни так просто, почему бы мне не делать это все время? Но как же связаться им со мной в минуту кризиса?».

Обстоятельства благоприятствовали решению этих вопросов, как раз в это время Чад Вара получил приход в самом центре Лондона, в Сити, и поделился со своей паствой идеей — дать объявления в газетах о своем номере телефона в церкви, с тем, чтобы каждый человек, испытывающий нужду, мог позвонить туда в любое время суток, так же как звонят при пожаре, в полицию или скорую помощь. Вскоре он осознал, что самому ему с этим делом не справиться, и стал искать помощников. Так появились «Самаритяне» — служба, стремившаяся оказывать дружескую помощь по телефону и в очном контакте.

Идея Чада Вары оказалась столь привлекательной, что в ближайшие 7 лет службы телефонной помощи возникли в большинстве европейских столиц или крупных городах. Сеть служб телефонной помощи постоянно множилась и развивалась и для взаимной поддержки в Женеве в 1959 г. был создан международный центр информации для этих организаций, а в 1960 г. — проведена первая встреча работников неотложной помощи со штаб-квартирой в Женеве. В это же время в странах Азии и Австралии телефонные службы, называвшиеся «Линиями жизни», объединились в «Лайф Лайн Интернешнл» (Международные линии жизни). Была образована Международная федерации служб телефонной экстренной помощи (IFOTES), которая более 30 лет координирует и поддерживает работу служб неотложной телефонной помощи в более 20 странах мира. Вскоре «Самаритяне» стали распространять свой опыт за пределы Англии и превратились в самостоятельную интернациональную организацию «Бифрендерс Интернешнл» (BI, Международная дружеская помощь).

Российская ассоциация «Телефоны экстренной психологической помощи» (РАТЭПП) учреждена 7 июня 1991 г. Службы-члены РАТЭПП ежегодно принимают 2 млн обращений людей, нуждающихся в помощи и переживающих боль и отчаянье. В 1994 г. РАТЭПП принята действительным членом IFOTES, а в 1995 г. — действительным членом IASP (Международная ассоциация предупреждения суицидов).

Основными принципами работы телефонного консультанта являются анонимность и конфиденциальность (Полеев, Креславский). В случае обращения в службу «Телефон доверия» от абонента не требуется называть себя или сообщать о месте своего нахождения. Это дает ему возможность почувствовать себя свободным в изложении личных проблем и сложных ситуаций, которые в силу анонимности оказываются как бы отделенными от него. У некоторых абонентов это отношение формируется постепенно в ходе диалога. Иные же используют анонимность, обсуждая ситуации, которые якобы случились с их близкими и знакомыми, но на самом деле имеющих отношение непосредственно к ним.

В свою очередь, телефонные консультанты не должны предоставлять абоненту информацию, которая поможет найти их вне стен службы. Для облегчения работы сотрудник, как правило, выбирает себе псевдоним. В обоюдных интересах не следует предоставлять данных относительно расположения службы или места своего жительства. Не нужно снабжать их сведениями о времени работы другого сотрудника «Телефона доверия», что может повлечь за собой «зависание» абонента на конкретном консультанте. Принимая во внимание неблагоприятные психологические последствия, эта рекомендация должна быть отнесена к числу обязательных. Консультантам категорически воспрещается выходить с позвонившими на очный контакт или строить беседу так, чтобы у абонента возникла надежда на вероятность такой встречи. Это обстоятельство взято на вооружение подавляющим большинством служб телефонного консультирования зарубежных стран. И службы, входящие в IFOTES, и относящиеся к «Лайф Лайн Интернешнл», следуют этому принципу в своей работе, не создавая условий для встречи желающим очного консультирования. И только «Самаритяне», причем это является одним из основных принципов их работы, используют очные контакты своих работников с абонентами, да и то с согласия руководителей служб. Время доказало его допустимость, эффективность и жизнеспособность. Но это же можно сказать о подходе, который разделяет анонимное телефонное консультирование и очную помощь.

Помещение службы «Телефон доверия» должно быть открыто только для дежурных сотрудников. О его расположении не следует сообщать не только абонентам, но и родственникам и друзьям других сотрудников. Во время дежурства в комнате консультантов должны находиться только дежурные работники. Последняя рекомендация также носит принципиальный характер. Конфиденциальность работы службы заключается в том, что все без исключения телефонные разговоры, журналы или иные формы регистрации телефонных бесед, картотеки и информационные материалы доступны только для сотрудников службы. Этой информацией не

следует делиться ни с кем вне ее стен, включая родственников, друзей или знакомых. Обсуждение телефонного разговора возможно только между дежурными сотрудниками или супервизором при возникновении необходимости в оказании взаимопомощи, а также во время обучающих занятий, используя лишь фабулу соответствующей беседы. Следует воздерживаться не только от предоставления информации, помогающей абоненту позвонить другому сотруднику службы, но и от сообщений о графике своей собственной работы. Из этого правила могут быть лишь очень редкие исключения, согласованные с супервизором или руководителем службы.

Анонимность и конфиденциальность являются не только организационными, но и основными этическими правилами телефонной помощи. И если в разных странах организационные подходы в оказании телефонной помощи могут различаться, то этические правила остаются весьма сходными, также как и привлечение к работе в службе телефонного консультирования добровольцев (волонтеров).

В современном мире, являющемся источником стрессов и эмоциональной напряженности, вызывающими кризисные состояния и суицидальные тенденции, службы телефонного консультирования являются одной из важных форм психологической поддержки.

Принципы анонимного телефонного консультирования:

1) Постоянная доступность

Днем и ночью, 24 часа в сутки люди, оказавшиеся в трудной ситуации, могут получить поддержку другого человека.

2) Анонимность и конфиденциальность

Звонящий имеет право не называть свое имя. Содержание беседы абсолютно конфиденциально.

3) Уважение звонящего

Звонящий принимается таким, какой он есть. Консультант не имеет права манипулировать звонящим или навязывать свою позицию.

Любые формы идеологического давления недопустимы, в том числе религиозного или политического.

4) Защита звонящего

Консультантом может быть человек, прошедший отбор и специальную подготовку.

Консультант обязан постоянно совершенствовать свои умения.

Кабинеты социально-психологической помощи. В нашей стране эта форма помощи предложена суицидологической службой Амбрумовой и аналогична западным центрам.

Первый кабинет социально-психологической помощи был открыт в Москве в 1975 г.; в дальнейшем кабинеты создавались на базе общесоматических поликлиник и здравпунктов вузов. Основная задача кабинетов социально-психологической помощи — первичная и вторичная профилактика суицида у лиц, находящихся в состоянии кризиса.

Основные принципы работы кабинета социально-психологической помощи:

1. Системность — связь с отделами внутренних дел, администрацией предприятий и учебных заведений, муниципальными органами, преемственность в обслуживании пациентов кабинетов социально-психологической помощи и станций и отделений «скорой помощи», психиатрических стационаров, суицидологических кабинетов психоневрологических диспансеров, а также других подразделений суицидологической службы — кризисного стационара и телефона доверия.

2. Комплексность — интеграция психиатров, психотерапевтов, психологов, социологов и юристов. Центральная фигура кабинета социально-психологической помощи — врач-суицидолог, занимающийся диагностикой суицидального риска и антисуицидальных факторов, психотерапией и психогигиенической работой с лицами, окружающими пациента, и группами риска. Медицинская сестра выполняет функции социального работника и патронажной сестры. Медицинский психолог занимается диагностикой, позволяющей уточнять индивидуальные психотерапевтические программы, и участвует в их реализации. Консультант-социолог решает вопросы индивидуальной культурной и социальной (региональной) эпидемиологической диагностики, ведет разработку превентивных антисуицидальных программ. Юрист обеспечивает консультации и правовую защиту пациентов.

3. Превентивность — раннее выявление суицидального риска и профилактика суицидального поведения, активная психогигиеническая работа.

4. Анонимность — право пациента на анонимное обращение. Ведущие психотерапевтические методы: индивидуальная и семейная кризисная психотерапия, групповая психотерапия с частотой встреч 2-3 раза в неделю на протяжении 2-3 мес.

Отделения (стационарные) кризисных состояний. Предназначены для оказания кризисной помощи пациентам, в клиническом состоянии которых выражены актуальные суицидальные тенденции. Они создаются в районах обслуживания свыше 300 тыс. человек. При обслуживании на территории меньшего населения предусмотрено создание специализированных палат кризисных состояний в психотерапевтических (психосоматических) или других отделениях многопрофильных больниц. Штаты, оборудование и принципы работы соответствуют таковым для психотерапевтических отделений, положение о которых приведены в приказе Минздрава РФ от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи». Важным аспектом работы таких отделений является добровольность госпитализации, для которой не обязательно направление какого-либо врача или учреждения. Отделение работает в режиме открытых дверей с широким использованием различных режимов, в том числе неполной госпитализации.

Контрольные вопросы

Основным принципом телефонного консультирования является:

1) системность;

2) комплексность;

3) превентивность;

4) анонимность и конфиденциальность.

Терминальная психотерапия.

Терминальная психотерапия — это психотерапия пациентов, умирающих от неизлечимой болезни или от старости. В качестве таковых заболеваний сегодня выступают прежде всего рак и СПИД, которые воспринимаются многими людьми как процессы, неминуемо ведущие через увядание и боль к смерти. Эмоциональные нагрузки, которые испытывают умирающие больные, определяются в первую очередь их личностными особенностями, а также мыслями о боли и возможной медленной и мучительной смерти.

Основная мишень терминальной психотерапии — страх пациента перед стремительным и неотвратимым завершением жизни. Особенно выраженный страх может обусловливаться неизбежностью рискованного оперативного вмешательства, что нередко усиливается тревогой психотерапевта, вызванной беспомощностью перед лицом фатального прогноза заболевания. В больнице пациентом одновременно занимаются лечащий врач, медсестры, консультанты, социальные работники и др., и тем не менее он чувствует себя одиноким. Чтобы достойно или относительно спокойно, рассудительно встретить приближающуюся смерть, больному необходимы родственники и врачи, которым он может доверять. У постели умирающего не следует вести беседы (даже шепотом), содержание которых не всегда в достаточной мере понятно, что может усиливать его тревогу и неуверенность в благополучном исходе заболевания. Типичная ошибка в общении с умирающими или неизлечимо больными — сознательное или неосознанное стремление окружающих избегать с ними лишних контактов. В этих случаях внутреннее состояние родственников и медперсонала характеризуется неуверенностью, а врач, чтобы поддержать свой имидж (внешнюю собранность), использует маску трезвой деловитости. Кроме того, у психотерапевта есть небезосновательные опасения чрезмерной идентификации себя с неизлечимо больным и его родственниками, а постоянно поднимаемый пациентом вопрос о прогнозе воспринимается специалистом как конфронтация с ним или вызов собственному бессилию и смерти. Поэтому больные с тяжелыми или неизлечимыми заболеваниями в процессе лечения и ухода нередко «теряются» персоналом, что в подавляющем большинстве случаев не дает медицинским работникам «ощущения успеха». Отличительная особенность работы специалистов с умирающими — страх перед неизлечимыми болезнями (например, раком), основанный на представлениях об их контагиозности. Если это избегание начинает распространяться на окружение больного, оно может привести к его социальной изоляции и стигматизации, что, естественно, снижает эффективность специализированной медицинской помощи. Другой помехой в проведении адекватной психотерапии умирающим выступает высокий уровень притязаний некоторых специалистов, ориентированных в своей деятельности на обязательное излечение пациентов. Следует помнить, что во многих случаях достаточно лишь присутствовать у постели тяжелобольного или умирающего, чтобы помочь ему успокоиться.

Важным элементом терминальной психотерапии является сообщение диагноза. Искренность в беседах с больным — основной закон терминальной психотерапии. Это касается не только

различных врачей, занимающихся умирающими, но и родственников, обслуживающего персонала и священнослужителей. В наше время существует тенденция к разъяснению больному сути его заболевания, но оно должно проводиться осторожно, индивидуально, с учетом того, что пациент действительно хочет знать. Сообщить диагноз по возможности должен лечащий врач. Однако возражения против осторожного, адекватного ситуации разъяснения тяжелобольному или умирающему причин и особенностей его состояния (проводимого не однократно, а в ходе ряда бесед) еще высказываются отдельными специалистами. Они утверждают, что больные либо не заинтересованы в подобной информации, либо в результате это может привести к суициду. Но исследования многих авторов опровергают представление о том, что осведомленность может спровоцировать суицид: хотя суициды у неизлечимо больных регистрируются чаще, чем в нормальной популяции, они не являются следствием знания диагноза и прогноза. Сообщение диагноза пациенту является важным и для врача. С одной стороны, сокрытие правды означает признание тотальной безнадежности и терапевтического бессилия. С другой — при раннем обнаружении тяжелого, возможно даже неизлечимого, заболевания иначе не добиться сотрудничества с пациентом при необходимости оперативного вмешательства или лечения специфическими методами (например, радиотерапией и цитостатиками). Одновременно с сообщением диагноза следует сформировать в сознании пациента лечебную перспективу, сделать по возможности терапевтическое предложение или подчеркнуть в разговоре с ним обнадеживающие данные обследования. Тем самым врач обещает больному не оставлять его наедине с болезнью и поддерживает его ощущение собственной ценности. Это помогает при необходимости мобилизовать еще сохранившиеся соматические и психические резервы пациента.

Врач, как сопровождающий партнер, облегчает больному путь через отвергание, надежду и безнадежность. Эти чувства часто внезапно сменяются у пациента, но могут и сосуществовать, вызывая неуверенность и вынуждая к поиску ориентира. Опыт открытого партнерства может быть здесь большим, возможно, до того недостававшим жизненным опытом, который при уходе в себя может, наконец, привести к примирению с мыслью о смерти. И тогда смерть может стать личной задачей, а не «конечным результатом болезни».

Эффективность терминальной психотерапии во многом зависит от умелого использования специалистом (по ходу ее проведения) помощи семьи. Врачу необходимо также разобраться, какое значение имеет страдание для больного и для его родственников, какие силы здесь действуют как до, так и, в особенности, во время заболевания и после возможной смерти пациента. Если эти силы распознаются специалистом, их можно успешнее использовать в процессе психотерапии. Часто родственники сами просят врача не сообщать больному диагноз неизлечимого заболевания, и это приводит к различным уровням информации для членов семьи и больного. В итоге пациент оказывается в изоляции. Чтобы семья была вместе с больным, родственники должны владеть информацией в том же объеме, что и он. В контакте с такой семьей можно стремиться к мобилизации резервов семейной группы, содействия психологической переработке скорби у больного и его близких.

В контексте терминальной психотерапии одновременно применимы следующие меры: 1) выработка положительного переноса в рамках стабильных отношений с врачом; 2) обеспечение постоянной доступности психотерапевта в случае необходимости; 3) использование возможностей для вербализации ипохондрических представлений, чувств и фрустрационной агрессии больного; 4) психологическая поддержка в качестве дополнительного фактора программы соматической терапии; 5) усилия в направлении «третьей реальности», то есть иррациональности, религии и т. д.

Современные организационные формы для проведения терминальной психотерапии представлены учреждениями паллиативной медицины, хосписом, специализированными отделениями или центрами для лечения больных СПИДом, геронтологическими отделениями в многопрофильных и психиатрических больницах. Терминальную психотерапию проводят в стационаре и на дому, в последнем случае эту форму психотерапии в основном могут осуществлять специально подготовленные медсестры или социальные работники.

Контрольные вопросы

1. В системе терминальной психотерапии наибольшее значение приобретает следующий вид психотерапии:

1) суггестивная психотерапия;

2) православная психотерапия и другие конфессиональные виды;

3) нейролингвистическое программирование;

4) экзистенциально-гуманистическая психотерапия.

2. «Синдром эмоционального сгорания» наиболее характерен для медицинского персонала (врачей, медицинских сестер и др.) в клиниках:

1) хирургического профиля;

2) психиатрического профиля;

3) онкологического профиля;

4) инфекционного профиля.

Краткосрочная психотерапия.

Понятие «краткосрочная психотерапия» нельзя рассматривать вне связи с конкретными концептуальными рамками: начиная от краткосрочной психодинамической психотерапии в течение нескольких месяцев до психотерапии одной встречи в рамках поведенческой психотерапии или краткосрочной позитивной психотерапии. В любом случае подразумеваются существенные (в среднем 10-кратные) ограничения во времени по сравнению с аналогичными «классическими» формами психотерапии. В групповой психотерапии аналогом краткосрочной формы является марафон.

Множество терминологических синонимов в англоязычной литературе объясняется современными тенденциями практически всех концептуальных и методических направлений к краткосрочности, базирующейся на повышении интенсивности и интегративности, и конкуренцией в уменьшении материальных затрат без снижения эффективности. Ввиду того, что абсолютное большинство наших традиционных форм изначально краткосрочны, термин «краткосрочная психотерапия» до сих пор редко использовался в нашей стране.

В современных направлениях (например, эриксоновский гипноз, краткосрочная позитивная психотерапия) краткосрочность является важным принципом избавления пациента от развития «психотерапевтического дефекта или пристрастия», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Одним из направлений современной новой волны в психотерапии, центрированным на активизации собственных ресурсов пациентов для решения их проблем, является краткосрочная позитивная психотерапия. Как и в любой теории, в краткосрочной позитивной психотерапии можно выделить ее источники и принципы. Источники — это установки, опыт системной и стратегической семейной психотерапии и психоанализ. Основные принципы: 1) опора только на позитивное в жизни пациента, его ресурсы; 2) использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом и его близкими; 3) позитивистский (в философском смысле) подход.

Поиск ресурсов может быть ориентирован на прошлое («Что раньше помогало Вам преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы разрешали Ваши родственники, знакомые?»), на настоящее («Что сейчас помогает Вам разрешать проблему хотя бы временно?») и на будущее («Кто или что могло бы Вам помочь в разрешении проблемы?»). Признавая односторонность и иллюзорность такого мировосприятия, позитивные психотерапевты подчеркивают столь же однобокое, но «черное» мировосприятие, характерное для абсолютного большинства пациентов, и задачей психотерапии считают формирование более диалектического мировоззрения, расширяя его подключением «светлого» видения и надежды. Использование только положительных подкреплений в работе с пациентом позволяет раскрепостить и активизировать его позитивные воспоминания, интуицию и способность конструктивно фантазировать, сделать доступной его субъективную концепцию здоровья-болезни, которую обычно пациенты стыдятся предъявлять психотерапевту в связи с ее «ненаучностью и наивностью». Позитивистский подход к психотерапии, принципиальное предоставление ведущей роли опыту и интуиции пациента, его близких и психотерапевтов, сознательное преодоление жестких рамок любых психотерапевтических концепций позволяют позитивным психотерапевтам разрешить стереотип поэтапного врачебного взаимодействия с пациентом (симптоматическая диагностика — постановка синдромального и/или нозологического диагноза — построение модели психотерапевтического воздействия — собственно психотерапевтические мероприятия с оценкой обратной связи) и начинать работу с пациентом непосредственно с коррекционных мероприятий, лишь в случае неэффективности приемов на когнитивном уровне анализировать проблемы пациента и моделировать психотерапевтические воздействия с учетом отрицательной обратной связи на первичное воздействие.

Курс психотерапии — в среднем 3-4 занятия при ориентации психотерапевтов на желательность и возможность психотерапии одной беседы. Продолжительность занятия обычно более часа, первого — зачастую более двух часов. Промежутки между занятиями — от нескольких дней до нескольких месяцев. Такая психотерапия осуществляется нередко несколькими

психотерапевтами. Пациент может прийти один, но приветствуется участие в занятиях его родственников или знакомых.

В широком спектре поведенческих, парадоксальных и метафорических, даже дзен-буддийских, психотехник, используемых в рамках краткосрочной позитивной психотерапии, можно выделить ряд наиболее часто применяемых приемов.

«Опора на прогресс» — трехшаговая методика активизации саногенных механизмов, атрибутируемых субъективной концепцией здоровья-болезни пациента. 1) «Был ли в последнее время такой период, когда проблема исчезала или значительно уменьшалась? Была ли ремиссия?» 2) «Как Вы думаете, почему? Что способствовало ремиссии?» 3) «Что мы все могли бы сделать, чтобы закрепить эти механизмы?»

«Фантазии о будущем» — трехшаговая методика позитивного программирования будущего, также базирующегося на субъективной концепции здоровья-болезни. 1) «Когда Вы поправитесь? Когда проблема может разрешиться?» 2) «Что может этому способствовать? Пофантазируйте: если бы мы Вас встретили через тот период времени, который Вы указали (1), и у Вас действительно было бы все в порядке и если бы мы Вас спросили тогда: «Что Вам помогло?» — то что бы Вы нам ответили?» Повторными вопросами — «Что еще могло бы Вам помочь?» — формулируется развернутая саногенная программа, включающая желательное поведение микросоциального окружения и специалистов, их рекомендации. 3) «Продумайте, как Вы будете благодарить всех людей, включенных в Вашу замечательную программу, за их помощь?» Третий шаг («благодарности») ориентирован на прямое или парадоксальное усиление сотрудничества микросоциального окружения пациента в преодолении проблемы. После того как программа «благодарностей», учитывающая личностную значимость конкретных людей из микросоциального окружения, сформирована, пациенту предлагается начать реализовывать авансом «программу благодарностей».

«Знаки улучшения» — переключение внимания пациента с симптомов болезни и проблемы на признаки улучшения, косвенное усиление саногенных механизмов: «Что происходит с Вами и в Вашем окружении, когда проблема отсутствует? Как мы могли бы узнать, что проблема разрешена, по каким конкретным признакам?»

«Проблема как решение» — «Чему научила Вас эта проблема? В чем она была полезна для Вас?»

«Новое позитивное название» — «Придумайте какое-нибудь новое название для своей проблемы, какое-нибудь хорошее имя, чтобы мы могли использовать его в беседе».

Эти приемы позволяют пациенту принять свою проблему, отказаться от конфронтации с ней, которая завела его в тупик, и на этой основе найти конструктивное компромиссное решение.

Основные теоретические положения краткосрочной позитивной психотерапии могут быть сформулированы следующим образом.

1. Причины проблем каждого человека лежат в прошлом, но в его собственном опыте заложены и ресурсы для разрешения этих проблем. «Каждый пациент знает решение своей проблемы даже в том случае, если ему кажется, что он этого не знает» (Эриксон).

2. Анализ причин проблемы сопровождается самообвинительными переживаниями пациента и обвинениями своих близких, что не способствует психотерапевтическому сотрудничеству. Поэтому более конструктивно выявлять и активизировать ресурсы пациента для решения проблемы.

3. Рамки любой психотерапевтической концепции всегда уже, чем индивидуальные особенности и опыт конкретных пациентов. Принимаемая концепция может навязывать нереалистичные и неэффективные решения в силу догматической веры и логической «красоты». Интуитивный опыт закрепляет и подсказывает только эффективные решения.

4. Человек не волен освобождаться от всех болезней и проблем, но у него есть возможность сменить «черное» видение своей жизни и мира на более диалектическое мировоззрение. Это способствует преодолению проблем. Конфронтация, «борьба» с проблемой в большинстве случаев неэффективна, принятие проблемы — путь к компромиссному решению.

Термин «краткосрочная» в отношении *психодинамической психотерапии* был предложен в 50-60-х годах представителями психоаналитического, психодинамического направления. До сих пор продолжаются острые дискуссии его адептов о возможности и допустимости краткосрочных форм психотерапевтической помощи, вступающих в противоречие с базисным психотерапевтическим постулатом «глубинности — долгосрочности».

Несмотря на то что курс психоанализа, проводимого самим Фрейдом, был относительно коротким (от 3 до 6 мес), а некоторые из его ближайших учеников целенаправленно ограничивали

психотерапию 10-12 занятиями, только историческая необходимость периода после окончания второй мировой войны, количественное и качественное (за счет малоимущих и защищаемых обществом слоев) расширение спроса на психотерапевтическую помощь заставили ортодоксальных психоаналитиков отказаться от своих позиций. Предметом обсуждения и исследования становится радикальная психотерапия в течение лишь нескольких лет и допустимость краткосрочных ее форм.

Несмотря на различия в психотерапевтических позициях сторонников краткосрочной психодинамической психотерапии, можно выделить и общие принципы, касающиеся целей, отбора пациентов, фаз и приемов.

1. Краткосрочной считается психодинамическая психотерапия, целенаправленно ограниченная 1-40 занятиями (наиболее распространенный вариант 10-12) при частоте встреч с пациентом приблизительно 1 раз в неделю.

2. Цель краткосрочной психодинамической психотерапии — поведенческие изменения в фокусированной области конфликта, в отличие от установки ортодоксальной психодинамической психотерапии на личностное развитие посредством тотального преодоления комплекса базальных конфликтов.

3. Соответственно цели ведущий стратегический принцип краткосрочной психодинамической психотерапии — выделение и переработка фокального конфликта, в большинстве случаев эдиповой природы (соперничество, проблемы выигрыша-проигрыша и т. п.). Маркерами такого фокального конфликта являются указания пациента на связанные с ним травмы раннего возраста, повторяющиеся стереотипы травматических переживаний, связь данного конфликта с одной фигурой переноса (отцовской или материнской) и с проявлениями блокирования (ингибиции) каких-либо сфер жизнедеятельности пациента. Косвенным показателем адекватного выбора фокального конфликта является аффективная ответная реакция пациента на пробную его интерпретацию.

4. Требования к ролевой позиции психотерапевта: способность установить аффективный контакт с пациентом, сочетающаяся с «добросердечным отсутствием заботы», активность в контакте и интерпретациях (в отличие от позиции «нейтрального зеркала» ортодоксального психодинамического психотерапевта) .

5. Определенные требования к пациенту. Показания: наличие фокального конфликта эдиповой природы или потеря любимого объекта, высокая мотивация, наличие опыта как минимум одних значимых взаимоотношений, способность рефлексировать чувства и конструктивная реакция на пробную интерпретацию. Противопоказания: выраженная депрессия, психотические нарушения (параноидного и/или нарциссического характера), тенденции к патологической переработке переживаний (суицидальное или наркоманическое поведение). Косвенным противопоказанием является преимущественное использование пациентом механизмов проекции и отрицания. Краткосрочная психодинамическая психотерапия в значительно большей степени, чем долгосрочная психотерапия, ориентируется на способность самого пациента обобщать и использовать материал, полученный в процессе психотерапии.

6. Фазы краткосрочной психодинамической психотерапии. Первая, отборочная фаза направлена на диагностику мотивации и силы Я пациента и выделение фокального конфликта (1-2 первых занятия), заключение психотерапевтического контракта. Вторая фаза посвящена переработке фокального конфликта. Заключительная, третья, фаза сепарации направлена на разрешение переноса и достаточно директивное завершение психотерапии. Дискутируется вопрос об изначальном сообщении пациенту точной даты завершения психотерапии, но считается, что такой технический подход предпочтителен для начинающего психотерапевта, так как избавляет его от переживаний вины и чувства, что он «покидает пациента». Естественно, у больного остается возможность вновь обратиться к врачу при возникновении проблем. Но даже в случае планирования повторного курса перерыв полезен для проверки практикой полученных инсайтов.

7. Помимо обычных для психодинамической психотерапии реконструктивных приемов когнитивного и идентификационного научения, используются специфические их модификации. Ведущий технический принцип «кресло вместо кушетки» означает для психодинамического психотерапевта ориентацию на чувство стыда пациента вместо чувства вины, эксплуатируемого в ортодоксальной психодинамической психотерапии. Анализ защиты и сопротивления в процессе краткосрочной психодинамической психотерапии центрируется на выбранном психотерапевтом фокальном конфликте, а интерпретации переноса ограничиваются одним значимым лицом из прошлого, связанным с этим конфликтом.

8. Ведущий психотерапевтический принцип краткосрочной психодинамической психотерапии — переработка фокального конфликта, являющегося причиной блокирования в значимых жизненных сферах пациента, — позволяет ему пережить возврат энергии и активности, которые могут быть им использованы для разрешения жизненных проблем.

В настоящее время формируются и более новаторские подходы в краткосрочной психодинамической психотерапии. Так, часть психоаналитиков, нарушив «аналитическое табу», использует эриксоновский гипноз для ускорения фазы свободных ассоциаций и переработки психодинамических конфликтов. Многие психодинамические психотерапевты начинают уделять все большее внимание позитивным ресурсам пациента. Таким образом, краткосрочная психодинамическая психотерапия служит своеобразным мостиком для перехода от аналитической психодинамической психотерапии к современной интегративной психотерапии.

Позитивная психотерапия по Н. и Х. Пезешкианам — авторское название психотерапевтической концепции, разрабатываемой с 1972 г. Н. Пезешкианом и Х. Пезешкианом. Н. Пезешкиан обращает внимание на происхождение термина positive psychotherapie от лат. positum — «имеющее место, реально существующее», а не от positivum — «положительное», подчеркивая тем самым необходимость проработки и позитивных, и негативных аспектов проблемы и жизни пациента, диалектического расширения его мировоззрения. Это терминологическое уточнение позволяет использовать в качестве синонимов данного вида позитивной психотерапии название «психотерапия реальностью» или «психотерапия здравым смыслом».

Позитивная психотерапия по авторам основывается на 3 принципах — надежд, баланса (гармонизации) и консультирования, которые соответствуют 3 этапам работы с пациентом как в процессе отдельного занятия, так и на протяжении всего психотерапевтического курса (в среднем 10 занятий по 1-2 часа).

На этапе работы с учетом принципа надежды используются: 1) позитивная интерпретация проблемы пациента (например, нервная анорексия — проявление способности терпеть ограничения, сопереживать голодающим всего мира и т. п.); 2) транскультурный подход — расширение представлений пациента о проблеме посредством знакомства с иным (часто — прямо противоположным) реагированием и отношением к сути его проблемы в других культурах (например, различия в отношении к еде и голоданию в восточных и западных культурах); 3) притчи и анекдоты с психотерапевтическим радикалом (авторы выделяют 9 психотерапевтических функций притчи: посредничество между врачом и пациентом, модель разрешения проблемы, привлечение культуры пациента и т. д.).

На этапе работы с учетом принципа гармонизации используется распределение энергии по 4 основным сферам жизнедеятельности — телесной, ментальной, социально-коммуникативной и духовной. К телесной относятся еда, сон, секс, телесные контакты, забота о внешности, физические упражнения, переживания боли и телесного комфорта — дискомфорта; к ментальной — удовлетворение познавательной потребности и любознательности, профессиональные достижения; к социально-коммуникативной — общение человека; к духовной — мировоззренческие и религиозные переживания, фантазии о будущем, надличностные («гражданские») переживания и поступки В идеальной, гармоничной модели на каждую сферу выделяется 25 % жизненной энергии. Реальное же распределение энергии выявляется с помощью неформализованного теста; дисбаланс отмечается при совместном его обсуждении и распределении 10 значимых событий за последние 4 года жизни по 4 сферам жизнедеятельности. Дисбаланс в телесной сфере создает риск соматических и психосоматических заболеваний, в ментальной — агрессивных дисстрессовых реакций и перфекционизма, в коммуникативной — чувства одиночества и депрессии, а в духовной — чувства тревоги и психотических нарушений. При выявлении дисбаланса (менее 10 % или более 50 %) в какой-либо сфере с пациентом сначала рассматривают возможности гармонизации, перераспределения остальных 3 сфер и только на последнем этапе целенаправленно обсуждают мероприятия для сбалансирования наиболее проблемной сферы, если необходимость в этом остается. Достигается это посредством директивных, конкретных и простых предписаний по изменению стиля жизни пациента, а также с помощью методики планирования будущего с учетом всех 4 сфер жизнедеятельности.

На этапе гармонизации выявляются и прорабатываются актуальный и базальный конфликты пациента. Актуальный конфликт складывается под воздействием внешних событий (например, смена места работы, смерть близких и т. д.), микротравм в значимых межличностных отношениях при недостаточной способности к преодолению этих проблем. Авторы выделяют первичные (любовь, надежда, доверие) и вторичные способности (вежливость, честность, послушание, бережливость, пунктуальность и т. п.). Типичным базальным конфликтом является конфликт

между «честностью и вежливостью». Ярко выраженная вежливость способствует социально обусловленному поведению агрессии, парасимпатикотонии и тревоге; доминирование же честности приводит к симпатикотонии и агрессии. Эти «пусковые механизмы» вызывают функциональные расстройства, а при наличии «зон наименьшего сопротивления» — и соматические или психические нарушения. На концептуальном уровне речь идет о гармонизации «правополушарных» проявлений и объектов (любовь — интуиция — тело — поиск смысла) и «левополушарных» аспектов (знание — время — поиск значения).

Реализация принципа консультирования означает передачу пациенту функций психотерапевта (аутопсихотерапия). Такой подход соответствует принципам психологического консультирования. В практике уже с первого занятия используются структурированное интервью и опросники (дифференциальный аналитический и висбаденский), при заполнении которых пациент сам может прийти к осмыслению различных аспектов своих проблем. Широко практикуются «домашние задания», о выполнении которых пациент отчитывается на последующем занятии. Семейная терапия зачастую применяется в «заочной» форме: пациент получает инструкции для самостоятельного проведения занятий дома. Для преодоления межличностных конфликтов предлагается пятиступенчатая стратегия: 1) дистанцирование (наблюдение) — отказ от критики, от стереотипных оценок; 2) инвентаризация (описание) — оценка способностей партнера, как негативных, так и позитивных, характерных для самого пациента или желательных для него; 3) ситуативное ободрение — подкрепление хорошего и правильного, с точки зрения пациента, поведения партнера, 4) вербализация — выбор соответствующей ситуации и стратегии обсуждения проблемы с партнером; 5) расширение целей — выбор новых целей и сфер взаимодействия с партнером с учетом его позитивных качеств и без переноса негативного опыта. Для вербализации проблемы рекомендуется ряд конструктивных правил: 1) предлагайте партнеру обсуждение в удобное для него время и в отсутствие посторонних; 2) начинайте беседу с упоминания о достоинствах партнера и положительных аспектов его поведения; 3) перейдя к проблеме, не повышайте голос, говорите от первого лица; 4) избегайте смещения обсуждения самой проблемы на личностные особенности партнера; 5) помните, что выявляющиеся различия во мнениях и взглядах — это показатель доверия и искренности; 6) старайтесь ограничить длительность обсуждения 1 ч; 7) напоминайте себе и партнеру, что конструктивное разрешение проблемы — выигрыш для вас обоих; 8) при интенсивных, но неудачных попытках прийти к откровенному диалогу с партнером обратитесь за помощью к психологу или к посреднику.

Существенная роль в психотерапии принадлежит религиозно-мировоззренческому аспекту. Авторы отмечают, что ни в какой другой области не вытесняются так отчетливо религия и смысл, как в психологии, медицине и психотерапии. Между тем веру, религию и мировоззрение можно считать общей системой отношений (базовой концепцией), формирующей установки и способы поведения. Так, религиозно-мировоззренческие установки могут служить базовой информацией об отношении к сексуальности (сексуальные запреты и нормы, обычаи сексуального поведения), о воспитании (роль родителей, авторитарное воспитание, антиавторитарные тенденции, предпочтение сына или дочери), о профессии (ограничение профессиональных возможностей, мотивация, стоящая в основе профессиональной деятельности, например служение человечеству, стремление к самореализации, работа как цель жизни, работа как общественное поручение, работа как нагрузка или уклонение от реальных задач), о партнерстве (равноправие между мужчиной и женщиной, мировоззренческая оценка партнерства как средства воспитания детей, как ячейки общества, как союза для получения удовольствий, как совместного процесса), о социальных контактах (предписываемые социальные отношения, например между индийскими кастами или социальными группировками, слоями и классами; предписываемые религией ситуации общения, например совместные молитвы, общие праздники, хоровое пение, медитация или работа, требования социального аскетизма).

Авторы не противопоставляют свою психотерапевтическую систему другим концепциям, используют при необходимости психодинамические и поведенческие приемы, подчеркивая значимость собственной концепции в формировании контакта с пациентом и доступных его пониманию психотерапевтических целей (баланса). В отличие от других позитивно-ориентированных современных методов, позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану и Х. Пезешкиану не фиксируется только на позитивных аспектах, а последовательно прорабатывает и позитивные, и негативные (от позитивных аспектов проблемы — к негативно окрашенным конфликтам и далее — к реалистичной проработке перспектив).

В качестве краткосрочных форм психотерапии в последнее десятилетие активно выступает *когнитивно-поведенческая психотерапия*, или моделирование поведения, базирующаяся на

внутренних процессах переработки информации, являющаяся обучающим процессом, обеспечивающим пациента новым опытом.

Когнитивно-поведенческая психотерапия основана на широком использовании приемов, позволяющих оценить неадекватные аспекты мышления, представления, правила, которыми личность реагирует на внешние события, переводя их из внешнего во внутренний план. Основные положения когнитивно-поведенческой психотерапии состоят в следующем:

1. Многие поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении и воспитании.

2. Имеются реципрокные взаимоотношения между поведением и средой.

3. С точки зрения теории научения, случайный опыт оставляет более значимый след в личности, чем традиционная бихевиористская модель «стимул — реакция».

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивный аспект является решающим в ходе научения. Дезадаптивное поведение может быть изменено посредством личностных самообучающих приемов, активизирующих когнитивные структуры.

Считается, что поведение может быть изменено уже в результате наблюдения за ним. Каждая задача может решаться одним способом научения или сочетанием четырех: ответным, или классическим, оперантным, наблюдательным и когнитивным.

Когнитивное научение включает в себя самоконтроль, самонаблюдение, составление контрактов, работу в системе правил пациента. Большое внимание уделяется целям обучения. Пока не достигнута одна цель, переходить с помощью психотерапевтических приемов к другой не следует. Важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализуются через «я хочу», а не «хотел бы». Проблемы лучше определять и формулировать в понятных для пациента терминах, можно также очертить барьер, который он хочет преодолеть, например: «Я хочу преодолеть страх общения с незнакомыми людьми». На психотерапевтическом занятии больному можно предложить найти альтернативы для преодоления своей проблемы (например, методом мозгового штурма) с выписыванием всех идей на доске или листе бумаги. Затем вместе с ним можно выбрать самые интересные. Заключаются психотерапевтические контракты в виде письменной фиксации предполагаемых изменений со стороны пациента. Избирается по возможности не бросающийся в глаза и удобный метод протоколирования любых изменений, наступающих в процессе психотерапии. Большое значение придается домашним заданиям: выполняются конкретные упражнения из программы тренинга самоутверждения, самоинструкций. Функциональные тренировки поведения часто не гарантируют того, что пациент будет пробовать использовать приобретенные заново способы поведения также в естественной окружающей среде. В беседе с ним надо вникнуть в систему правил проблемного поведения, начав с составления их списка. Желательно выяснить, кто и для чего это правило создал (нередко источник — родители), нет ли конфликта между правилами. Если когнитивные компоненты поведения являются предметом психотерапевтического вмешательства, то к концу каждого занятия рекомендуется модифицировать уже составленный список правил на основе полученного во время его проведения опыта. При этом устаревшие правила могут быть исключены. Пациентам рекомендуется 2-3 раза в день перечитывать их определенное время, разделить на приемлемые (+) и неприемлемые (-). Цель занятий — переструктурирование негативных правил в позитивные. Следуя принципу переучивания, пациент при ежедневном просмотре правил когнитивно кодирует и применяет их за рамками психотерапевтического занятия. Реализации планов отчетливо препятствуют зафиксированные правила, отсутствие готовности к изменениям, что, по сути, является психологической защитой. На каждом психотерапевтическом занятии необходимо подводить итоги, намечать дальнейшие шаги. Если удалось справиться с проблемой, то для закрепления успеха следует проанализировать, что этому способствовало.

Большинство авторов, использующих этот метод, рекомендуют на занятии применять следующие приемы. Мейхенбаум полагает, что неспособность пациента справиться со стрессом возникает в результате отсутствия специфических умений — релаксации, когнитивных самоубеждений, а также опыта столкновения со стрессовыми воздействиями. Практически тревога может быть уменьшена путем обучения пациента релаксации и изменения отношения к тревожным мыслям и чувствам. Ситуация, вызывающая тревогу, воспроизводится в безопасной обстановке психотерапевтического занятия, а затем переносится в реальную стрессовую обстановку. Использование малых доз стресса для выработки устойчивости к нему напоминает прививку от болезни и создание иммунитета. Одной из предложенных Мейхенбаумом методик является тренинг самоинструкций. Приводим один из вариантов:

1) подготовка к столкновению со стрессом: «Я смогу разработать план, чтобы справиться с ним»;

2) реагирование во время стресса: «Пока я смогу сохранить спокойствие, я контролирую события»;

3) совладание со стрессом: «Возбуждение мешает мне воспринимать ситуацию» ;

4) отражение опыта: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Бандура, придавая большое значение наблюдательному научению, рекомендует на психотерапевтическом занятии применять следующие приемы:

1. Тренировка альтернативных самостоятельных описаний пациентом стрессовых ситуаций. Проводится она в состоянии релаксации, больному предлагается вслух при закрытых глазах подробно описать стрессовую ситуацию. В отличие от метода имплозии, следует не уходить от повышения уровня тревоги, а применять тренинг самоинструкций или углублять релаксацию.

2. Подготовка психотерапевтом альтернативного решения проблем.

3. Выборочная проба переживаний, осуществленная пациентом.

4. Обсуждение достигнутых результатов и письменная фиксация их в дневнике пациента.

5. Заучивание вслух альтернативного диалога, предложенного психотерапевтом.

6. Применение методики «стоп». Ее суть заключается в том, что в случае усиления тревоги психотерапевт громко произносит «стоп», представляя красный сигнал светофора. После этого больному предлагается воссоздать картину, вызывающую у него положительные эмоции. Пациент сам обучается субвокальному произнесению слова «стоп».

Махони акцентирует внимание на составлении индивидуальной программы психотерапевтического обучения.

Личностные проблемы он рассматривает как проблемы научные. Обучение совладанию со стрессовыми и конфликтными ситуациями происходит через определение проблемы, постановку целей и задач исследования, сбор данных, их интерпретацию, выбор гипотетических возможностей разрешения проблемы, эксперимент, анализ результатов, пересмотр или замену гипотезы. Этот метод показан пациентам, у которых слабо развито умение разрешать проблемы. Суть лечения заключается в самонаблюдении, продуцировании умозаключений и приобретении навыка контроля за ситуацией.

Эллис в своей рационально-эмоциональной психотерапии предположил, что положительные эмоции, такие как чувство любви или восторга, часто связаны или являются результатом внутреннего убеждения, выраженного в виде фразы «Это для меня хорошо», а отрицательные эмоции, такие как гнев или депрессия, связаны с убеждением, выраженным фразой «Это для меня плохо». Он также подтвердил, что эмоциональный отклик на ситуацию отражает «ярлык», который «приклеивают» ей (например, опасна она или приятна), даже в том случае, когда «этикетка» не соответствует действительности. Для достижения счастья, по Эллису, необходимо рационально сформулировать цели и выбрать адекватные средства. В любую ситуацию мы привносим два отличительных типа когниций: убеждения и предположения. Приводим перечень наиболее типичных иррациональных убеждений, которые необходимо преодолеть пациенту:

1) существует жесткая необходимость быть любимым или одобряемым каждым человеком в значимом окружении;

2) каждый должен быть компетентным во всех областях знаний;

3) большинство людей подлые и испорченные и достойны презрения;

4) произойдет катастрофа, если события пойдут иным путем, чем запрограммировал человек;

5) человеческие несчастья обусловлены внешними силами, и у людей мало возможностей их контролировать;

6) если существует опасность, то не следует ее преодолевать;

7) легче избежать определенных жизненных трудностей, чем соприкасаться с ними и нести за них ответственность;

8) в этом мире слабый зависит от сильного;

9) прошлая история какого-либо человека должна влиять на его непосредственное поведение «сейчас»;

10) не следует беспокоиться о чужих проблемах;

11) необходимо правильно, четко и отлично решать все проблемы, а если этого нет, то произойдет катастрофа;

12) если кто-либо не контролирует свои эмоции, то ему невозможно помочь.

Когнитивно-поведенческую, в том числе в краткосрочном ее варианте, психотерапию предлагается осуществлять в такой последовательности: предшествующие события — убеждение — следствие — обсуждение — эффект. Дискуссия затрагивает 3 уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

В любой разновидности когнитивно-поведенческой психотерапии задача психотерапевта выступает как диагностически-обучающая, предполагающая максимальное вовлечение пациента во все этапы анализа, планирования и решения. Больной должен понимать, что происходит при психотерапевтическом обучении. Только так он сможет оптимально участвовать в поиске целей и принимать верные решения, касающиеся этапов изменений. Иными словами, пациент должен стать психотерапевтом для самого себя.

Контрольные вопросы

1. Основным принципом краткосрочной позитивной психотерапии является:
   1) принцип надежды, баланса (гармонизации) и консультирования;
   2) переработка фокального конфликта;
   3) моделирование поведения;
   4) использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом.
2. Фазы краткосрочной психодинамической психотерапии:
   1) моделирование поведения;
   2) фаза гармонизации;
   3) фаза переработки фокального конфликта;
   4) фаза надежды.
3. Отличительным признаком позитивной психотерапии по Н. и Х. Пезешкианам является:
   1) когнитивное научение;
   2) транскультурный подход;
   3) моделирование поведения;
   4) анализ защиты и сопротивления.

Интегративные тенденции в психотерапии.

В последнее десятилетие нарастает интерес исследователей и практиков к проблемам и возможностям развития интегративной психотерапии. О значимости интегративного движения в психотерапии свидетельствует и издание международного «Журнала интегративной и эклектической психотерапии». Интегративная психотерапия в отличие от эклектической, использующей сочетание приемов различных психотерапевтических направлений, предполагает прежде всего концептуальный синтез разных теоретических систем психотерапии. В то же время эклектический подход является одним из элементов интегративной психотерапии, объединяющей конкретные лечебные методы из разнородных источников.

Интегративная психотерапия может развиваться на основе следующих подходов: 1) использования эклектической модели, объединяющей различные методы психотерапии, исходя из потребностей лечебной практики; 2) интеграции соответствующих научных дисциплин — медицины, психологии, социологии, педагогики, нейрофизиологии, философии, психолингвистики и др.; 3) синтеза теоретических положений различных психотерапевтических ориентации с учетом ведущей концепции личности и ее развития, психопатологии и симптомообразования. Существенные возможности для развития интегративной психотерапии предоставляет также поиск общего знаменателя для различных теоретических моделей посредством перевода их понятий на общепринятую терминологию или путем описания психотерапевтического процесса с позиций разных направлений. Следующие факторы способствовали развитию интегративного движения в психотерапии: 1) распространение многочисленных форм и методов психотерапии, затрудняющих выбор, а также их изучение и применение; 2) неадекватность ни одного из психотерапевтических направлений для всех категорий пациентов; 3) поиск общих базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии, и постепенное признание того факта, что разные методы, по сути, могут иметь больше сходств, чем различий; 4) примерно равная эффективность лечения независимо от форм психотерапии; 5) акцент на существенной роли взаимоотношений психотерапевт — пациент

при любых формах психотерапии; 6) социально-экономические процессы в обществе, предъявляющие повышенные требования к качеству, продолжительности и эффективности лечения и оказывающие более сплачивающее, чем разъединяющее психотерапевтов действие. Важнейшей характеристикой интегративного движения в психотерапии является учет психотерапевтом при выборе методов не столько собственных теоретических позиций, сколько индивидуальных клинико-психологических особенностей личности и болезни, а также потребностей пациента.

Группа экспертов-психотерапевтов разных направлений пришла к единому мнению о том, что наибольший вклад в результаты психотерапии вносят личностные качества пациента (в частности, мотивация к изменению), на втором месте находятся личностные параметры психотерапевта и лишь на третьем — использование определенных психотерапевтических методов (Бейтман и др.). Общепринятым становится понимание важности при любых формах психотерапии взаимодействия познавательных, эмоциональных и поведенческих аспектов функционирования личности больного. При интегративном психотерапевтическом подходе, в соответствии с задачей лечебного воздействия на ту или иную сферу личности пациента, целесообразным может оказаться применение конкретных методик из разных направлений психотерапии.

Психотерапевтическое влияние многомерно и многогранно. Ведущие направления психотерапии имеют целью личностные перемены, то есть изменение отношений, чувств и поведения пациента. Изменение — результат различных вмешательств, и нередко его трудно связать с конкретным видом психотерапевтического воздействия. Струпп поставил под сомнение значимость наиболее эффективных лечебных факторов психоаналитической терапии (инсайт, превращение бессознательного в осознаваемое, переработку переносных отношений, связующее звено между переносом и ранним детским опытом переживаний), выдвинув гипотезу, что таковыми являются безусловное положительное принятие и уважение больного как уникальной личности или искусный (неуловимый) контроль за поведением пациента, под влиянием которого он может успешнее избавиться от своих прежних патологических стереотипов, или непрямое предложение новых альтернативных способов переживания и поведения. Более продуктивным представляется не противопоставление этих факторов, а их интеграция.

Так как важнейшей движущей силой различных направлений психотерапии является система отношений «психотерапевт—пациент», то общие факторы связаны со стилем и стратегией поведения психотерапевта. Вне конкретных форм психотерапии, но с учетом ее основополагающих факторов можно выделить некоторые обобщенные модели интегративного типа: гуманистическая, интеракционная и технологическая.

В гуманистической модели решающим фактором действенности психотерапии может быть признана эмпатическая коммуникация «психотерапевт — пациент», где основным лечебным средством является эмпатическая реакция психотерапевта в соответствующий момент переработки материала. Существенную роль при этом играет создание условий для развития процесса позитивных изменений личности пациента. Наиболее типичным выражением таких условий является триада Роджерса (безусловное принятие пациента, эмпатия, конгруэнтность переживаний и поведения психотерапевта). Психотерапевт в этом случае считает, что если создать благоприятные условия, то пациент естественным образом будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию невротической симптоматики. Основное в этой модели понятие эмпатии, характерное для психотерапии гуманистической ориентации, получило признание и в психоаналитической психотерапии, где длительное время сохранялось представление о необходимости позиции эмоционального нейтралитета, личной анонимности аналитика, и в поведенческой психотерапии, принявшей факт важности эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента.

В интеракционной модели психотерапии интегративного типа предпочтение также отдается не отдельным приемам, а взаимоотношениям «психотерапевт—пациент» как лечебному инструменту. Однако психотерапевт занимает более активную позицию, берет на себя определенную долю ответственности и инициативы. Психотерапевтический процесс строится более структурированно, чем в предыдущей модели, повышается значение принципов контрактного взаимодействия «психотерапевт — пациент». С больным обсуждаются альтернативные формы лечения, цели психотерапии и ее методы, лечебный план, длительность и предполагаемые результаты лечения. Психотерапевт любого направления в той или иной мере учитывает некоторые общие феномены психотерапевтического процесса во взаимоотношениях с пациентом. В начале терапии обычно проявляется действие плацебо-эффекта, связанного с тем, что больной ожидает, что лечение принесет пользу, надеется на то, что психотерапевт понимает его и хочет ему помочь, стремится удовлетворить эмоциональные потребности в контакте. Эффективность различных методов

психотерапии частично зависит от умения психотерапевта повысить надежду больного на улучшение и тем самым развить активные личностные механизмы совладания с болезнью. При этом высокие или низкие ожидания пациентом эффекта от лечения оказывают скорее негативное влияние на активность психотерапевта, а умеренные — положительное. Создавая атмосферу безопасности и эмоциональной поддержки в общении с больным, психотерапевт стимулирует появление у него механизма идентификации, способствующего снижению неуверенности, повышению самооценки посредством неосознаваемого заимствования у врача сил, оптимизма и способности к преодолению трудностей. Точное эмпатическое вмешательство психотерапевта в соответствующий момент общения ускоряет лечебный процесс благодаря тому, что проясняет пациенту подавляемые или блокируемые психологической защитой существенные переживания. Кроме направленной активации этих переживаний, помощи в их осознании и переработке, психотерапевт обычно просвещает пациента относительно сути болезни, психотерапии и его участия в ней, говорит о необходимости понимать себя и других, учит новым подходам к решению проблем, а также более конструктивному образу жизни, более широкой и гибкой жизненной философии.

Технологическая модель психотерапии интегративного типа, по сравнению с предыдущей, характеризуется дальнейшим возрастанием активности психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом, более структурированным процессом психотерапии. В этой модели существенное значение придается применению разнообразных технических приемов и методов психотерапии. Приверженность психотерапевта единой технологической стратегии, совмещающей способы лечебного воздействия на когнитивные, эмоциональные и поведенческие стороны личности пациента, отличают эту модель психотерапии интегративного типа от простого эклектического подхода. С учетом этого, независимо от формы психотерапии, используются лечебные воздействия, направленные на изменения в разных сферах личности пациента: в познавательной сфере — убеждение, внушение, конфронтация, прояснение (кларификация) и интерпретация малоосознаваемого содержания переживаний; в эмоциональной — катарсис, эмоциональная поддержка, эмпатия; в поведенческой — коррективный эмоциональный опыт, подкрепление. Важной особенностью инструментально-технологической модели психотерапии является постановка реалистических и поэтапных лечебных целей, выбор соответствующих им психотерапевтических методов.

В рамках интегративного движения общее признание получает ряд психотерапевтических принципов, разработанных в различных направлениях психотерапии. Все большее число исследователей и практиков психотерапии обосновывает целесообразность объединения прежде теоретически малосовместимых принципов «там и тогда» и «здесь и сейчас». Первый из них является важным положением психодинамической терапии, акцентирующим ценность анализа прошлой жизни пациента и возвращения к первичным ситуациям и переживаниям, положившим начало развитию нарушений. Принцип «здесь и сейчас» говорит о необходимости сосредоточить внимание на настоящем моменте, актуальных особенностях восприятия, переживания и поведения пациента, при этом переработка материала из прошлой жизни больного происходит также в условиях контролируемого актуального его переживания. Глубина и конструктивность осознания пациентом психологических причин и механизмов имеющихся расстройств зависят от оптимального сочетания в психотерапевтической работе принципов «там и тогда» (преимущественно когнитивное понимание) и «здесь и сейчас» (эмоциональный аспект осознания). Общим в различных направлениях психотерапии, прежде всего таких противостоявших друг другу в прошлом, как психодинамическое и поведенческое, становится принцип учета в лечебной работе внутренней (интрапсихические механизмы) и внешней (психосоциальные факторы) детерминации функционирования личности. В этом случае в зависимости от характера терапевтической ситуации и лечебных задач психотерапевт имеет возможность смещать акценты в переработке внутриличностных или межличностных факторов. Кроме того, общими для различных направлений психотерапии являются современная ориентация на групповые методы работы, интенсификацию и краткосрочность и учет единства тела и психики, что неизбежно способствует развитию интегративных подходов. При проведении любой личностно-ориентированной психотерапии наблюдается определенная последовательность, этапность психотерапевтического процесса: 1) установление оптимального контакта, вовлечение пациента в сотрудничество, повышение мотивации к психотерапии; 2) прояснение (понимание психотерапевтом и осознание пациентом) причин и механизмов патологических стереотипов переживания и поведения и определение психотерапевтических «мишеней»; 3) достижение изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личности пациента с последующей редукцией симптоматики (реконструкция системы отношений личности происходит с последовательной заменой дезадаптивных стереотипов на новые, более конструктивные способы

переживания и поведения, их принятие и закрепление); 4) окончание курса психотерапии (успешное решение проблемы возможной зависимости от психотерапевта).

Необходимость идентификации интегративных компонентов делает актуальным использование в процессе психотерапии видеотехники. Анализ видеозаписей применения различных методов психотерапии помогает в исследовании и поиске факторов, общих и конструктивных для всех психотерапевтических подходов, в переводе разной терминологии, описывающей лечебный процесс, на общепринятый язык.

Хотя интегративная психотерапия получила развитие в последнее десятилетие, в предшествующие годы также делались попытки постановки вопросов интеграции в психотерапии, росло понимание важности учета в психотерапии взаимодействия когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспектов функционирования пациента. Внутри единого психотерапевтического подхода целесообразно использование в зависимости от задач этапа лечения определенных приемов воздействия на познавательные, эмоциональные и поведенческие стереотипы нарушенного реагирования пациентов. Различные комплексы из этих методов наиболее детально разработаны в том или ином психотерапевтическом направлении и могут дополнять друг друга. В частности, на одном этапе лечения необходим психодинамический подход, расширяющий сферу познания (осознание бессознательного материала), на другом этапе — поведенческий подход, помогающий пациенту выработать новое, более конструктивное и зрелое поведение.

Давно предпринимались попытки синтезировать психоаналитическую и бихевиористскую теорию. Однако все ограничивалось реинтерпретацией поведенческих приемов в психодинамических формулировках либо перефразированием положения психоаналитической теории в рамках концепции научения. В последнее время речь идет о разработке психотерапевтических подходов, сочетающих психодинамические и поведенческие методы в интегративной терапии больных. В этом случае психотерапевт при анализе симптомообразования учитывает как интрапсихическую динамику, так и актуальную жизненную ситуацию пациента и обстоятельства, подкрепляющие проявления болезни.

Отмечаются также попытки интегрировать когнитивные и поведенческие подходы в психотерапии. Познавательно-обучающий подход как синтез когнитивного и поведенческого направлений в психотерапии, с одной стороны, признает важность интраперсональных факторов в адаптации, а с другой — акцентирует роль переменных окружения, влияющих на феноменологию и функционирование личности больных. Сущность этой новой, интегративной формы психотерапии основывается на следующих предпосылках: 1) человеческий организм реагирует не столько на окружающие обстоятельства как таковые, сколько на когнитивные представления о них; 2) эти когнитивные представления функционально связаны с процессами и параметрами научения; 3) большинство человеческих знаний когнитивно опосредованы; 4) мысли, чувства и формы поведения каузально взаимосвязаны. Эти положения определяют и главные цели психотерапии: перцептуальные навыки, моторные (исполнительные) навыки, ассоциативные навыки. Пациента обучают тонкому перцептуальному различению воздействий окружающей среды и внутренней стимуляции (мысли, чувства, образы, биохимические изменения и др.). Усвоение этих сложных знаний дополняется тренингом развития и критической оценки ассоциаций (в частности, убеждений, ожиданий). Больному дают возможность убедиться в том, что мысли и образы могут играть важную роль в адаптации и феноменологии личности. В заключение пациенту обычно предлагается тренинг исполнительных навыков, расширяющих выбор поведения в регулировании внешних или внутренних воздействий.

Широкое сочетание различных видов психотерапии, прежде всего экзистенциальной, используется в одном из новых направлений — психосинтезе, цель которого — гармонизация и интеграция в единое целое всех качеств и функций индивидуума. Нейролингвистическое программирование, междисциплинарная интегративная концепция психотерапии, предоставляет в распоряжение психотерапевта метамодель как поэтапную стратегию психотерапевтического поведения, расширяющую модель мира пациента и создающую условия для процесса изменения личности. Предполагается, что данная метамодель может использоваться психотерапевтом любой ориентации и на определенном этапе должна быть интегрирована в лечебный процесс с методами, существующими в уже установившихся видах психотерапии. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия как открытая психотерапевтическая система в последние годы расширяет свои возможности благодаря интеграции некоторых теоретических принципов и приемов поведенческой и гуманистической психотерапии (прежде всего клиент-центрированной психотерапии и гештальт-терапии). Становление интегративной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии требует синтеза концептуальных основ психологии отношений, деятельности и общения личности, нарушений ее развития и

реконструкции. На базе этой интегративной концепции психотерапии возможно включение в данную систему релевантных ей и наиболее эффективных лечебных методов других психотерапевтических ориентации.

Таким образом, становление интегративной психотерапии представляет собой движение в направлении концептуального синтеза современных научных теорий личности и ее изменения, а также соответствующих им психотерапевтических методов.

Контрольные вопросы

1. В интегративной психотерапии разрабатываются перечисленные ниже сочетания, кроме:

   1) когнитивных и поведенческих методов;

   2) психоаналитических и поведенческих;

   3) нейролингвистического программирования и психоанализа;

   4) личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и гештальт-терапии.

Глава 3. Специальная психотерапия.

Психотерапия в различных областях медицины.

Психотерапия в психиатрии.

В связи с активным развитием психотерапевтической помощи, психотерапия находит все большее применение в психиатрии. При этом удельный вес ее в комплексном лечении психических расстройств определяется соотносительной ролью биологических, психологических и социальных факторов в этиологии и механизмах развития заболевания.

Психотерапия при неврозах. Наиболее распространенное представление о неврозах как психогенных расстройствах, в этиопатогенезе, возникновении, развитии и терапии которых определяющая роль принадлежит психическому фактору, объясняет адекватность и широкое применение различных методов психотерапии прежде всего при этой группе заболеваний. Само же содержание психотерапии при неврозах, ее цели и задачи различны и определяются той концепцией, которой придерживается психотерапевт.

В отечественной литературе последнего периода наибольшее число работ посвящено лечению неврозов с позиций личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Согласно этой концепции, невроз представляет собой психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека. Психологический конфликт при этом рассматривается с позиций диалектического единства объективных и субъективных факторов его возникновения и развития, его социальной, нейрофизиологической и психической природы. Основная цель психотерапии — изменение нарушенной системы отношений больного, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения, необходимой предпосылкой которой является осознание больным причинно-следственных зависимостей между особенностями его системы отношений и заболеванием. Это, в свою очередь, требует от психотерапевта глубокого и всестороннего изучения личности больного, эмоционального реагирования, знания индивидуального своеобразия его мотиваций, структуры и функционирования системы отношений и, следовательно, важнейшего звена этиопатогенетических механизмов возникновения и сохранения патологического состояния.

Развиваясь как отечественный вариант динамической психотерапии, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия в качестве открытой системы предполагает использование в лечении других методических и технических приемов, не противоречащих основной стратегической цели лечения.

Традиционно личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия применяется в трех основных формах: индивидуальной, семейно-супружеской и групповой.

Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия включает 40-60 встреч с пациентом, может проводиться в амбулаторных (психотерапевтический кабинет) и стационарных (психотерапевтическое отделение) условиях.

При психотерапии неврозов сохраняют свое значение и современные модели краткосрочной динамической (психоаналитической) психотерапии. Краткосрочные модели динамической психотерапии предполагают сфокусированное воздействие на зоны внутренних противоречий

(интрапсихического конфликта) с применением принятых в психоаналитической практике основных элементов психотерапевтической работы: получение материала — выделение конфликтной зоны — обозначение — интерпретация (Урсано, Зоненберг, Лазар).

Другими активно использующимися методами при лечении невротических состояний являются когнитивная (Бек) и рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия (Эллис).

Поведенческие методы, включенные в систему личностно-ориентированной психотерапии, весьма результативны при лечении прежде всего обсессивно-фобических расстройств, в особенности изолированных невротических монофобий. Методы угашения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок оказываются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у больных неврозом навязчивых состояний даже при затяжном неблагоприятном его течении.

Некоторые клинические аспекты когнитивно-поведенческого подхода к терапии могут быть проиллюстрированы на примере лечения агорафобии. Психотерапевт тщательно исследует природу расстройства и факторы, которые вносят вклад в его сохранение. Центральной частью психотерапии является та или иная форма десенсибилизации, более эффективной в естественных условиях. Психотерапевт и пациент совместно разрабатывают иерархию вызывающих тревогу ситуаций, ранее избегаемых больным. Ситуации упорядочиваются и распределяются от наиболее до наименее угрожающих. Поведенческой основой лечения является повторное и систематическое погружение в эти ситуации, пока избегание не прекращается, а страх не ослабевает. Когнитивные принципы и методы играют заметную роль в подготовке пациента к этому опыту корректирующего научения.

Психотерапевт может сопровождать пациента на сессиях погружения в естественных условиях, оказывая ободрение, поддержку и социальное подкрепление. Эмпатически сочувствуя страдающему агорафобией по поводу дискомфорта, который тому придется испытать, психотерапевт тем не менее остается тверд, настаивая на необходимости систематического погружения. Существует «золотое правило» психотерапии — после того, как пациент вошел в ситуацию, вызывающую страх, он не должен ее покидать, пока тревога не уменьшится. После погружения психотерапевт и пациент обсуждают произошедшее. Это позволяет выявить когнитивные искажения, если они имеют место. Например, пациенты с агорафобией склонны обесценивать собственные достижения; нередко достигнутый ими успех они не приписывают собственной способности к преодолению и поэтому их самоэффективность не возрастает. Пациентам часто рекомендуется выполнение домашних заданий на погружение между сессиями. При этом их просят вести подробные ежедневные записи выполнения заданий. Направляя внимание пациента на его отчеты о собственном опыте, психотерапевт помогает ему приобрести более объективный и уравновешенный взгляд на его проблемы и успехи в лечении.

С учетом роли семейных конфликтов в этиопатогенезе и течении неврозов в качестве одной из специфических форм психотерапии в их комплексном лечении применяется семейная психотерапия (Эйдемиллер, Юстицкис). Она направлена на исследование межличностных отношений и имеет своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье или их компенсацию. В процессе психотерапии каждый конфликт анализируется с учетом истории семьи, ее прошлого опыта, психологических особенностей ее членов и пр.

В последнее время при лечении неврозов отмечается смещение акцента с индивидуальной психотерапии неврозов к разработке системы групповой психотерапии, которая позволила бы более эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности, играющие роль в патогенезе неврозов, и перестраивать их путем воздействия на все основные компоненты отношения — познавательный, эмоциональный и поведенческий.

При неврозах используется широкий спектр методик групповой психотерапии: групповая дискуссия, психодрама, пантомима, психогимнастика, проективный рисунок, музыкотерапия, двигательная терапия и др. Психотерапия проводится как в открытых, так и в закрытых группах численностью 25-30 (большие группы) или 8-12 человек (малые группы). Чаще всего организуются группы, гомогенные в этиопатогенетическом отношении (определяющая роль психогенного фактора в развитии заболевания) и гетерогенные в прочих (форма невроза, пол, возраст, синдром). Практически вряд ли можно говорить о противопоказаниях к групповой психотерапии для больных неврозами, хотя и существует ряд определенных требований по подбору и комплектованию группы (например, не рекомендуется включение в одну группу более 2-3 больных с истерической или ананкастической акцентуацией характера, тяжелой обсессивной симптоматикой и т. д.; из больных моложе 18 и старше 50 лет более целесообразно создавать гомогенные по возрасту группы). Частота групповых занятий может быть различной — от одного

раза в неделю до ежедневных и определяется возможностями и направленностью учреждений. Оптимальная длительность занятия 1-1,5 часа.

В то время как личностно-ориентированная психотерапия наиболее полно реализует этиопатогенетический подход к пониманию и устранению причин и механизмов развития неврозов, другие методы, используемые при неврозах, основаны на симптоматических психотерапевтических воздействиях, то есть направленных в большей мере на смягчение или ликвидацию невротической симптоматики.

С помощью гипнотерапии можно воздействовать практически на все симптомы при неврозах, касающиеся как основных психопатологических их проявлений (страх, тревога, астения, депрессия), так и других невротических синдромов (нейровегетативные и нейросоматические, двигательные и чувствительные расстройства и т. д.). При неврозах могут быть использованы различные виды гипнотерапии: мотивированное внушение по Иванову, имеющее не только симптоматическую, но и в известной мере патогенетическую направленность; удлиненная гипнотерапия Рожнова; длительный гипноз-отдых Платонова. Могут быть использованы также фракционный гипноз, ступенчатый активный гипноз по Кречмеру и др. Терапевтический эффект от суггестивных воздействий в гипнозе может быть получен во всех 3 его стадиях — сомнолентности, гипотаксии и сомнамбулизме. Гипнотерапия при неврозах может проводиться в форме индивидуального и коллективного гипноза (точнее, гипноза в группе). Авторы, применяющие гипнотерапию, практически едины в том, что она наиболее показана при истерическом неврозе и в меньшей степени при неврастении и неврозе навязчивых состояний. Подчеркивая хорошо известную высокую лечебную эффективность гипнотерапии даже при длительных истерических конверсионных моносимптомах, следует указать, что при целевом, особенно рентном характере симптома, она чаще оказывается безрезультатной, ее эффективность целиком определяется установкой на излечение.

В последнее время гипнотерапия в ее классической форме дополнена эриксоновским гипнозом, большая эффективность которого подтверждена многочисленными исследованиями.

Метод аутогенной тренировки наиболее показан при неврастении (общеневротическая симптоматика; нейровегетативные и нейросоматические синдромы — при более высокой эффективности и случае преобладания симпатического тонуса, нарушения сна, особенно засыпания, состояния тревоги и страха, нередко выраженные фобии, в особенности при сочетании аутогенной тренировки с условно-рефлекторными методами, сексуальные нарушения и т. д.). В меньшей степени этот метод показан больным с выраженными астеническими, ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами и с истерическим неврозом. Хорошие терапевтические результаты применения аутогенной тренировки отмечены в амбулаторной практике (стабилизация ремиссий и предупреждение рецидивов неврозов).

При лечении больных неврозами получает распространение методика биологической обратной связи. Вместе с тем результаты лечения этим методом больных неврозами достаточно противоречивы. При его использовании необходимо учитывать такие психологические факторы, как повышение самооценки пациента, самовнушение, плацебо-эффект и др.

Можно согласиться со Свядощем в том, что внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов. Реализуется оно преимущественно у людей с хорошей внушаемостью и, конечно, в значительной мере зависит от степени авторитетности врача. Если прямое внушение эффективно в большей степени при лечении истерических неврозов, то косвенное внушение может быть с успехом использовано и при других формах неврозов.

Метод наркопсихотерапии применяется с целью снятия истерических зафиксированных моносимптомов, для осуществления суггестивных воздействий при фобических расстройствах с последующими функциональными тренировками (ходьба, поездки и т. д.), а также при других невротических нарушениях. Курс лечения может состоять из 10-20 процедур, проводимых ежедневно или через день. Из близких к наркопсихотерапевтическим методам при неврозах может использоваться метод применения газовой смеси кислород — закись азота. Методика эффективна при неврозах с фобической, ипохондрической и депрессивной симптоматикой. При фобиях на фоне действия и последействия закиси азота проводят функциональные тренировки, осуществление которых облегчается в этих условиях и особенно результативно в связи с эйфоризирующим и седативным эффектом газовой смеси. Наркопсихотерапия может выступать в качестве одного из вариантов так называемой абреактивной психотерапии. При неврозах конфликтогенной природы методы отреагирования являются лишь симптоматическими, так как, уменьшая эмоциональное напряжение, они никогда не устраняют причин, которые вызвали невроз, и могут поддерживать его существование в дальнейшем.

Выше были перечислены основные методы психотерапии, применяемые при неврозах. Для лечения этой группы заболеваний могут с успехом использоваться и другие известные методы: катарсическая психотерапия, библиотерапия, арттерапия, телесно-ориентированная психотерапия.

Роль психотерапии *при расстройствах личности* (акцентуациях характера, патопсихологических развитиях, патопсихологических формированиях и психопатиях) определяется значением психогенных факторов в динамике состояния больного. Чем больше их удельный вес в декомпенсации пациента по сравнению с биологической недостаточностью, тем большего успеха можно ожидать от психотерапии. До последнего времени существует точка зрения об ограниченной эффективности психотерапии при психопатиях. Однако, как отмечает Личко, она может быть несомненно полезной при психопатиях как сама по себе, так и в качестве метода, подготавливающего почву для педагогических воздействий. Психотерапевтический подход, начиная с установления первых же контактов с пациентом, должен ориентироваться на тип психопатии. Так, при преобладании гипертимных проявлений пациент идет на контакт, если чувствует доброжелательное отношение к себе, интерес к своим проблемам; при аффективной неустойчивости предпочтительнее директивный стиль психотерапии и т. д. В последнее время при психопатиях все чаще применяется групповая психотерапия, и многие авторы подчеркивают, что она позволяет пациентам лучше оценить свои реакции на жизненные трудности, выявить индивидуально-непереносимые ситуации, способствующие декомпенсации, продемонстрировать реакции группы на их поведение; конфронтация этих больных с лицами, имеющими аналогичные проблемы, позволит сделать первых более восприимчивыми к лечению и добиться большей их социализации, нивелировки характерологических отклонений. Главное, чего позволяет добиться групповая психотерапия при психопатиях, — это научить предвидеть последствия своего поведения и корректировать его в конкретных условиях. Рекомендуется проводить лечение пациентов с психопатиями в малых группах (лучше всего объединяя их с больными неврозами и другими пограничными состояниями). Применяются дискуссионные формы и иные техники.

Исследования Кулакова также посвящены перспективам использования групповой психотерапии у подростков с пограничными психическими расстройствами, прежде всего с ситуационно-обусловленными нарушениями поведения на фоне акцентуации характера. Им рассматриваются цели, задачи, показания к групповой психотерапии, подбор пациентов в группы и их типы, групповой процесс и динамика, формы проведения занятий, механизмы лечебного действия групповой психотерапии у данного контингента пациентов. Групповая психотерапия направлена на повышение самооценки, тренировку механизмов купирования патогенных воздействий, приходящихся на область наименьшего сопротивления каждого типа акцентуации характера, на усиление чувства ответственности за свое поведение, поиск путей для семейной реадаптации, расширение временной перспективы, разрушение неадекватных механизмов психологической защиты.

Большой интерес представляет опыт использования при психопатиях «клинической психотерапии творчеством» (Бурно). Терапия творческим самовыражением, глубоко индивидуализированная, основанная на тонком знании особенностей психопатической личности, ее структуры, клинического состояния, включает в себя создание творческих произведений (на занятиях живописью, скульптурой, художественной фотографией), общение с природой и др. Бурно указывает на три лечебных фактора при психотерапии данным методом: 1) возвращение собственной индивидуальности, 2) катарсис, 3) возникновение контактов, общение с другими людьми благодаря своему творчеству. Психотерапия осуществляется в индивидуальной, чаще в групповой форме. По данным автора, особенно показана она пациентам с психастенической, истерической и некоторыми другими видами психопатий и акцентуаций характера.

Важное значение при психопатиях приобретает семейная психотерапия (Эйдемиллер, Юстицкис). Указывается на две фазы психотерапевтического процесса: регистрирующую (получение сведений о больном и его семье, для чего используются как клинический метод, так и специальные психологические исследования) и реконструктивную. Психотерапевтическая работа осуществляется в форме индивидуальных и групповых занятий.

Психотерапия при ситуационных реакциях получает широкое распространение при работе с лицами, оказавшимися в кризисных ситуациях. Целью терапевтической кризисной интервенции является активное преодоление измененной жизненной ситуации; для проведения терапевтической интервенции необходимы немедленная клиническая и психологическая диагностика, освобождение от эмоциональной нагрузки, переработка лишь актуальной проблематики, доверие к пациенту и понимание его. Наряду с краткосрочной интенсивной индивидуальной психотерапией, адекватной задачам, вытекающим из кризисной ситуации, в

частности сопровождающейся суицидальной попыткой, описаны различные методы групповой психотерапии. Показаниями к групповой психотерапии суицидентов служат реально возникшая изоляция или субъективное чувство одиночества, проблемы с установлением межличностных контактов или неудовлетворенность ими, трудность аффективного самоконтроля, чувство собственной неполноценности, заниженная или неадекватная самооценка. Указанные проявления сопровождаются несоответствующими, отвергаемыми обществом формами поведения. Суициденты обычно включаются в состав уже работающей группы больных неврозами, преневротическими состояниями и лиц с трудностями общения, составляя до 30 % от общего количества (10-12 человек). Занятия проводятся один раз в неделю, используются вербальные и невербальные методики. Суициденты принимают также участие в работе клуба бывших пациентов.

В схематическом плане значимость и соотношение биологических, психологических и социальных воздействий при пограничных психических расстройствах (в свою очередь, определяемых соотношением биологических, психологических и социальных звеньев их патогенеза) могут быть представлены следующим образом: устранение или смягчение их клинических проявлений на начальном этапе лечения с помощью оптимального сочетания биологических и психосоциальных воздействий — осознание пациентом психосоциальных механизмов болезни и реконструкция нарушенных отношений личности в процессе индивидуальной и особенно групповой психотерапии — восстановление полноценного социального функционирования на заключительном этапе лечения при доминирующей роли собственно социально-педагогических воздействий.

Психотерапия в медицине катастроф. Психогенные расстройства при стихийных бедствиях и массовых катастрофах занимают особое место в связи с тем, что могут одновременно возникать у большого числа людей, внося дезорганизацию в общий ход спасательных и восстановительных работ. Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза выявляемых расстройств, а также проведения всех возможных (в конкретных экстремальных условиях) лечебных мероприятий.

Под экстремальными условиями в этих случаях понимают ситуации, опасные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения, обусловленные стихийными бедствиями, катастрофами, авариями. Любые экстремальные воздействия расцениваются как катастрофические тогда, когда они приводят к значительным разрушениям, вызывают смерть, ранения и страдания большого числа людей. Всемирная организация здравоохранения определяет стихийные бедствия (катастрофы) как ситуации, характеризующиеся непредусмотренной серьезной и непосредственной угрозой общественному здоровью.

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клиническими нарушениями, развивающимися в обычных условиях. Однако есть и существенные различия (Александровский). Во-первых, вследствие множественности внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях психические расстройства одномоментно возникают у большого числа людей. Во-вторых, клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуального, как при обычных психотравмирующих обстоятельствах, характера и сводится к небольшому числу достаточно типичных проявлений. Особенностью является также и то, что, несмотря на развитие психогенных расстройств и длящуюся опасную ситуацию, пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу с последствиями" стихийного бедствия (катастрофы) ради выживания и сохранения жизни близких и окружающих.

Острые и сильные травмирующие воздействия обычно связаны с ситуациями катастроф, стихийных бедствий, при которых возникает страх за свою жизнь и за здоровье и жизнь близких людей. Одна из главных характеристик таких травм состоит в том, что они неактуальны для личности и не связаны с особенностями преморбида. Ситуация испуга затрагивает преимущественно эмоциональную сторону и сопровождается интенсивной личностной проработкой, реакция возникает как бы рефлекторным путем.

Реактивные состояния, развивающиеся при стихийных бедствиях и катастрофах, относятся к большой группе психогенных расстройств, среди которых выделяют невротические и патохарактерологические реакции, неврозы и реактивные психозы.

Все пациенты с психотическими расстройствами после оказания им первой врачебной помощи направляются в медицинский отряд и по возможности эвакуируются. Пострадавшие с психогенными расстройствами, нуждающиеся в отсроченной медицинской помощи, помещаются в учреждения, развернутые в районе катастрофы (специализированные психиатрические отделения, больницы, госпитали и др.).

С момента начала спасательных работ, наряду со скорой и неотложной психиатрической помощью, оказываемой преимущественно специализированными и достаточно мобильными психиатрическими бригадами, рекомендуется организовать психиатрические (психотерапевтические) кабинеты или отделения в развертываемых в зоне катастрофы или стихийного бедствия поликлиниках и стационарах, куда могут обратиться как пострадавшие, так и, в случае необходимости, участники спасательных и восстановительных работ. Эти подразделения выполняют функции отделений для диагностики и кратковременного лечения (на протяжении нескольких дней) лиц с пограничными формами психических расстройств. При этом необходимо предусмотреть возможность как полной, так и частичной госпитализации лиц, нуждающихся в психиатрической (психотерапевтической) помощи.

По мере разрешения опасной для жизни ситуации и снижения вероятности развития реактивных психозов все более важной становится организация психотерапевтической работы среди населения, в лечебных учреждениях пострадавшего района, а также в местах эвакуации. К этой работе необходимо привлекать врачей территориальных психоневрологических и общемедицинских учреждений.

При реакциях адаптации и многих начальных невротических расстройствах целью любых психиатрических и медико-психологических воздействий является профилактика (первичная и вторичная) психической дезадаптации, психических и психосоматических заболеваний. Специального лечения у специалиста при этом не требуется: его консультация необходима лишь для дифференциально-диагностической оценки состояния. В этих случаях наряду с устранением дополнительных травмирующих воздействий могут использоваться психокоррекция, когнитивно-поведенческая и некоторые другие виды психотерапии. Иногда необходимы кратковременный отдых, физиотерапия, рефлексотерапия. По специальным показаниям назначаются препараты группы адаптогенов, актопротекторов и ноотропов, оказывающие в рассматриваемых случаях патогенетическое лечебно-профилактическое действие, а также транквилизаторы и психостимуляторы.

При невротических реакциях основной целью лечения является купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности в условиях сохраняющейся психогении. Для этого используют транквилизаторы, антидепрессанты с универсальным успокаивающим действием и психотерапию. Наиболее эффективным психотерапевтическим методом в этих случаях является, как показывает опыт, когнитивная психотерапия. Метод учитывает особенности состояния пострадавших, испытывающих потребность рассказать об обстоятельствах катастрофы, наиболее страшных и значительных для них сценах и событиях. Активные расспросы, доброжелательное и внимательное выслушивание, «проговаривание» наиболее неприятных переживаний позволяет уменьшить аффективное напряжение, структурировать эмоции и активизировать целенаправленную деятельность пострадавших.

При относительной стабилизации ситуации психиатрическая и медико-психологическая помощь оказывается главным образом тем, кто за ней обращается. В этот период к работе привлекаются территориальные звенья специализированной психиатрической помощи (стационары, диспансеры, психотерапевтические кабинеты и др.). Затяжные реактивные психозы требуют стационарного лечения.

В психотерапевтической работе с пострадавшими при катастрофах и стихийных бедствиях, находящимися в состоянии психической дезадаптации, могут применяться методы двух классов: личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова и с преимущественно симптоматической направленностью.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия используется в индивидуальной и групповой формах. Ее общая цель — изучение личности пациента (включая процесс самопознания), осознание и коррекция нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций, затрудняющих его полноценное психологическое и социальное функционирование.

Еще одна группа методов, направленных на устранение явлений психической дезадаптации, имеет своим основанием симптоматические психотерапевтические воздействия (суггестивная, поведенческая психотерапия и др.). К ним относятся прежде всего внушение и самовнушение: внушение наяву, в состоянии наркотического и гипнотического сна; методы самовнушения включают аутогенную тренировку в ее многочисленных вариантах, самовнушение по Куэ и др.

Единым принципом проведения психотерапии в случаях психической дезадаптации пострадавших при стихийных бедствиях, клинически выражающейся в различных формах

пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств, является дифференцированное сочетание методов преимущественно симптомо-, личностно- и социоцентрированной направленности.

Неразрывная динамическая взаимосвязь факторов биологической, психологической и социальной природы в механизмах психической дезадаптации у пострадавших во время стихийных бедствий и катастроф определяет комплексный характер воздействий для ее преодоления.

Технические сложности ведения спасательных работ в зонах катастроф, стихийных бедствий предопределяют ситуацию относительно продолжительного пребывания пострадавших в условиях полной изоляции от внешнего мира. На первом этапе наиболее оптимальной формой психотерапевтической помощи пострадавшим является информационная психотерапия (Яцков и др.). Она применяется в экстренном порядке. Ее целью является психологическое поддержание жизнеспособности тех, кто жив, но находится в полной изоляции от окружающего мира (землетрясения, разрушение жилищ в результате аварий, взрывов и т. д.). Руководят и осуществляют психотерапию на первом этапе специалисты территориального центра медицины катастроф. Эта работа проводится психотерапевтами, психиатрами, психологами или подготовленными по специальной программе врачами других медицинских специальностей. Сеансы информационной терапии реализуются через систему звукоусилителей (информация о том, что окружающий мир устремился на помощь и делает все, чтобы она пришла как можно быстрее). Находящиеся в изоляции должны сохранять полное спокойствие, так как это одно из главных средств к их спасению; оказывать себе в случае необходимости и по возможности самопомощь. Пострадавшие не должны принимать каких-либо физических усилий к самоэвакуации, что может привести к опасному для них смещению обломков; максимально экономить свои силы: находиться с закрытыми глазами. Это приблизит к состоянию легкой дремоты и большей экономии физических сил. Надо рекомендовать медленное дыхание, неглубоко и через нос, для экономии влаги и кислорода в организме и кислорода в окружающем воздухе; использование приемов аутотренинга для снятия внутреннего напряжения и нормализации пульса и артериального давления, самодисциплина. Высвобождение из «плена» займет времени больше, чем хочется потерпевшим («будьте мужественными и терпеливыми, помощь прорывается к Вам»).

Целью информационной терапии является также нивелировка и уменьшение чувства страха у пострадавших, так как известно, что в кризисных ситуациях от страха погибает больше людей, чем от воздействия реального разрушительного фактора. Во время спасательных работ в зоне катастроф, стихийных бедствий должны быть категорически запрещены паническая суета, возгласы безнадежности, крики, плач, приводящие, как установлено, к снижению темпа и качества аварийно-спасательных мер.

Отдельной группой, к которой применяется психотерапия в условиях чрезвычайных ситуаций, являются родственники живых и погибших, находящихся под завалами. Для них применим весь комплекс психотерапевтических мероприятий: поведенческая психотерапия и методы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций; экзистенциальные приемы и методы, имеющие своей целью принятие ситуации утраты, устранения душевной боли, поиск психологических ресурсов, необходимых для дальнейшей жизни.

Психотерапия в ряде случаев необходима и спасателям. К ним применяется также весь комплекс психотерапевтических воздействий, предусмотренных программой психофизиологического обеспечения, при необходимости — на фоне медикаментозной терапии. В зависимости от выраженности симптоматики применяются транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики.

Психотерапия при психозах. Психотерапия, особенно адекватная в случае психогенных расстройств, прежде всего в групповых ее формах, применяется также при психических заболеваниях эндогенного характера. На значение психотерапии в лечении психозов указывали такие известные отечественные психиатры, как Корсаков, Каннабих, а в более позднее время Кабанов, Дмитриева, Казаковцев, Вид, Коцюбинский и др. Основная литература по данной проблеме посвящена психотерапии при шизофрении и эндогенных депрессиях (Холмогорова, Бабий, и др.). При этих заболеваниях психотерапию обычно включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий.

В настоящее время многими специалистами разделяется положение о том, что методами психотерапии можно стабилизировать антипсихотическое действие психофармакологических средств, упрочить их противорецидивный эффект, а также в случае уменьшения эмоционально-

аффективного напряжения психотических пациентов методами психотерапии снизить дозировки психотропных препаратов.

Эффективность психотерапии пациентов с острыми психотическими состояниями сомнительна, а у вновь поступивших в стационар больных результаты обычно негативны.

Вопрос о показаниях и противопоказаниях к групповой психотерапии, которая в настоящее время чаще всего используется при психозах, разными авторами решается по-разному. Существует мнение, что не должно быть никаких ограничений для участия пациентов в группе и в то же время указывается, что предварительный отбор необходим (не рекомендуется включать в группу острых психотических больных, с выраженной степенью слабоумия, агрессивности, тревожности и т. п.).

Говоря о прогнозе психотерапии в психиатрической клинике, X. Вайзе отмечает, что если успех ее в решающей степени зависит от того, насколько дифференцированно удалось при диагностике определить исходную ситуацию пациента, индивидуальные условия жизни, возможности, социальное положение, особенности его личности, то перевод психотерапевтической работы в повседневную жизнь (а таково важнейшее условие ее эффективности) зависит от структурно-организационных рамок, в которых психотерапия осуществляется. Психотерапию, начатую в стационаре, необходимо продолжать, и достаточно длительное время, в амбулаторных условиях (дневные и ночные лечебные учреждения, клубные формы, «защищенные» учреждения для работы и жилья и т. д.).

Отечественные и другие авторы, рассматривающие шизофрению как органический мозговой процесс или признающие ее генетическую обусловленность, вместе с тем отмечают, что ее клиническая картина не только складывается из симптоматики, определяемой самим патологическим процессом, но и включает в себя в большей (например, при малопрогредиентных формах шизофрении) или меньшей степени различные феномены личностно-психологической природы.

Современные представления о развитии шизофрении предполагают взаимодействие трех элементов патологического процесса: а) биологической реактивности; б) психологических ресурсов, определяющихся объемом усвоенных пациентом в процессе индивидуального развития способов реагирования на различные стрессовые ситуации; в) социальных ресурсов, зависящих от уровня стрессогенности (агрессивности) микросоциальной среды. Соотношение индивидуальных и социальных ресурсов, противодействующих биологическим детерминантам заболевания, определяет возможность устранения или компенсации развивающихся болезненных нарушений.

Большинство современных исследователей разделяют мнение о том, что психотерапия больных шизофренией имеет принципиальные отличия от психотерапии непсихотических расстройств. Психотерапия психозов должны быть релевантна не «модели личности», на которой базируется психотерапия невротических нарушений и в которой наибольшее значение имеют субъективные переживания пациента, а «модели болезни». Модель болезни предполагает, что симптом является прежде всего следствием церебральной патологии и личностные механизмы (интрапсихический конфликт, актуализация механизмов патологической психологической адаптации, когнитивные нарушения) выполняют лишь патопластическую роль.

Существенные отличия психотерапии невротических и других пограничных расстройств от психотерапии шизофрении касаются целой системы факторов, отличающих психотическое состояние от невротического, к которым относятся отсутствие возможности адекватно воспринимать и реагировать на стимулы внешней среды; границы между миром субъективных переживаний и объективной реальностью; способности воздействовать на реальность, исходя из актуальных потребностей и перспективных целей; к переживанию и накоплению индивидуального опыта; отсутствие эффективных и социально приемлемых способов переработки отрицательных эмоций; негибкая самооценка.

С учетом этих отличий психотерапия при шизофрении, в первую очередь, должна быть направлена на снижение сенситивности больного по отношению ко многим стимулам и снижение уровня стресса в окружающей пациента среде. В качестве терапевтических целей могут рассматриваться: 1) предупреждение обострения болезни; 2) редукция позитивной симптоматики; 3) компенсация дефекта.

Предупреждение обострений предполагает уменьшение резкого нарушения церебральных функций. В первую очередь — снижение значительных социальных последствий для пациента, которые обусловлены не только нарушением психических функций и социального функционирования в наиболее важных сферах, но и явлений стигматизации, негативного выделения пациента в обществе с последующим стереотипом социального реагирования на него.

Больной шизофренией сталкивается с патерналистским отношением со стороны медицинского персонала, агрессивно-пренебрежительным или гиперпротективным отношением со стороны здоровых членов семьи, а также всевозможными социальными ограничениями, связанными с трудоустройством и реализацией гражданских прав. Это приводит к непризнанию у себя душевного расстройства с отказом от лечения, а в случае признания себя больным — к требованию от окружения особо бережного отношения к себе (по механизму «вторичной выгоды» от болезни). И первый, и второй тип отношения к болезни становится препятствием на пути лекарственного лечения, психотерапии и реабилитации.

Негативное отношение к пациенту с психическим расстройством обусловлено опытом реальных обстоятельств — психическое заболевание действительно несет принципиальную опасность для окружающих, а общение с душевнобольным человеком обременительно и чревато неприятными неожиданностями для ближайшего окружения. Эта нагрузка, связанная с контактом или проживанием с больным шизофренией, приводит к значительному эмоциональному напряжению, которое по принципу обратной связи отрицательно сказывается на самом пациенте (Зайцев). В связи с этим психотерапевтические программы для больных шизофренией должны включать мероприятия, направленные на адаптацию микросоциальной среды к пациенту в большей степени, чем при лечении пограничных расстройств.

Психотерапия в первую очередь показана при малопрогредиентной шизофрении; при более злокачественных формах она используется главным образом в период ремиссии и становления ремиссии, а также при постпроцессуальных состояниях с относительно неглубоким дефектом (резидуальная шизофрения). Методы, содержание психотерапии определяются своеобразием фаз, форм и типов течения заболевания. Большое значение приобретает правильный учет соотношения психотерапевтической тактики и биологической терапии.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются: предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма, который нередко наблюдается в современных реабилитационных отделениях для психически больных. Большинство психиатров, признающих психогенетическую природу шизофрении, неправомерно придают психотерапии ведущее значение в лечении этого заболевания. Широкому распространению индивидуальной аналитической психотерапии препятствовали ее трудоемкость, длительность и высокая стоимость, поэтому гораздо чаще используются групповые формы психотерапии — групповой психоанализ, психодрама, недирективная, поведенческая, рационально-эмоциональная психотерапия и др.

В отечественной литературе также представлен опыт применения психотерапии при шизофрении. Воловик и его сотрудники в известной мере условно и схематически выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии при малопрогредиентных формах шизофрении.

Решение задач первого уровня (стимулирование эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникаций) осуществляется с помощью групп творческой активности (арттерапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др.), с помощью психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение).

Для решения задач второго уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) используются, наряду с указанными выше, методы функциональной тренировки поведения.

Третий уровень задач (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения) требует привлечения более сложных вариантов коммуникативной психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий.

Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий. Согласно авторам, различные формы могут применяться последовательно, одновременно или избирательно, что определяется всей совокупностью клинических, психологических и социальных представлений о больном и болезни.

Дальнейшим развитием указанных выше положений явилась разработанная Видом раскрывающая реконструктивная психотерапия больных малопрогредиентной шизофренией с определением ее мишеней и типов вмешательства. К числу мишеней психотерапевтической коррекции при данном заболевании автор относит искажения восприятия важнейших мотивационных структур, основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения внутренней картины болезни. В качестве основных типов вмешательства в раскрывающей реконструктивной психотерапии указываются эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация. Дана содержательная характеристика каждого из указанных феноменов. Разработанный метод может использоваться в индивидуальном и групповом вариантах.

При более выраженной прогредиентности шизофренического процесса, решение психотерапевтических задач возможно только при одновременном применении коммуникативных техник. К ним относятся: 1) демонстрация психотерапевтом своей надежности, предполагающей безусловное положительное принятие пациента и отношение к нему как к равному в морально-этическом смысле, а также демонстрирование эмоциональной искренности; 2) использование активной рациональной психотерапии, направленной на разъяснение различных аспектов заболевания и лечения, в том числе объяснение действия лечебных методов и механизмов, а также побочного действия психофармакологических препаратов; 3) толерантное отношение к бредовым высказываниям пациента и другим проявлениям психического заболевания; 4) стремление к активному контакту и обсуждению переживаний.

При реализации одной из основных задач психотерапевтического вмешательства — достижения и стабилизации ремиссии — психотерапевтическая работа (совместно с клиническим психологом) должна быть направлена на решение следующих терапевтических целей: формирование и поддержание лекарственного комплаенса (готовность пациента участвовать в психофармакологическом лечении); работа с семьей для редукции стресса, связанного с фактом заболевания и его проявлениями, создание позитивной терапевтической перспективы; формирование позитивной установки пациента и родственников на участие в психотерапии и реабилитационных мероприятиях.

Важным элементом психотерапевтической программы в лечении больных шизофренией является применение методов семейной психотерапии, которая предполагает выработку позитивного подхода и достижение рабочих отношений между психотерапевтом и членами семьи, обеспечение устойчивой структуры и стабильности функционирования семьи, улучшения коммуникации между членами семьи. Наиболее эффективными в работе с такими семьями являются методы когнитивно-поведенческой и системной семейной психотерапии.

Указывая, что социальная изоляция семьи больного шизофренией является наиболее важным фактором, влияющим на снижение качества его жизни (Коцюбинский, Зайцев), предлагают использовать специальные семейные задания, направленные на поддержание и развитие основных типов семейных контактов: 1) межличностные контакты рекреативного типа с целью отреагирования негативных эмоций; 2) социальные контакты, имеющие своей целью стимулирование тех интересов, которые могут снизить тотальную вовлеченность семьи в жизнь пациента и заболевание; 3) рабочие и профессиональные контакты, которые создают условия для развития личной компетенции и востребованности.

Для преодоления стигматизации семьи полезно ее участие в специальных образовательных программах, направленных на улучшение комплаенса, обучение распознаванию и преодолению стрессовых ситуаций, способствующих обострению; выявление симптомов пререцидивного периода; обучение стратегиям эффективного семейного копинга, а также использование сети социальной поддержки. Эти программы реализуются как индивидуально, так и в закрытых группах численностью 4-6 человек. Занятия проводит бригада специалистов в составе врача-психиатра, врача-психотерапевта, клинического (медицинского) психолога и специалиста по социальной работе. Образовательный процесс включает определенную последовательность: от формулировки проблемы и ее понимания к тренингу навыков и далее к применению выработанных навыков в повседневной жизни.

Лечение больных шизофренией может осуществляться в терапевтических группах, в которых участвуют пациенты, страдающие другими психозами и пограничными состояниями (включая больных неврозами), что позволяет использовать стимулирующую роль непсихотических пациентов в группах, неоднородных по нозологическому составу, а также по возрасту, полу, образованию, продолжительности болезни и психотерапевтическому опыту. Численность группы 6-14 человек (К. Вайзе).

Поскольку важной клинико-экономической задачей является максимальное сокращение времени пребывания больного в отделении, во многих случаях целесообразной оказывается краткосрочная психотерапия, ставящая перед собой реалистические и скромные цели, в частности разъяснение пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказание помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Поведение психотерапевта в подобных группах больных психозами должно быть более активным и директивным, чем в группах больных неврозами, открытым, с четким модулированием своих эмоций и рефлексии (Дамбровский). В группах больных шизофренией и иными психозами психотерапевт должен взять на себя большую ответственность за события, происходящие в группе, предпочтительна его активная позиция.

Литература, посвященная применению психотерапии при эндогенных депрессиях, противоречива и во многом определяется теоретическими позициями, касающимися механизмов развития заболевания. В то время как исследователи, признающие соматогенную природу эндогенных депрессий, весьма скептически рассматривают возможную эффективность психотерапии при этих заболеваниях, психиатры психодинамической, экзистенциальной и других ориентации, напротив, считают ее необходимой, а некоторые авторы — ведущим методом лечения.

Возрастающий интерес к групповой психотерапии депрессивных состояний в настоящее время объясняется, во-первых, увеличением числа таких больных и, во-вторых, патоморфозом заболевания, увеличением числа стертых, атипично протекающих депрессивных расстройств, характеризующихся затяжным, часто неблагоприятным течением. При определении целей групповой психотерапии депрессивных больных обычно подчеркивается, что, хотя психотерапия не приводит к снятию эндогенной симптоматики, группа способствует возникновению у пациентов чувства принадлежности и безопасности, изменению представлений о неповторимости и исключительности их заболевания, уменьшению в связи с этим напряженности, перестройке отношения к своей болезни, укреплению веры в успех лечения, повышению самооценки, выработке более адекватных жизненных планов (Днепровская). Групповая психотерапия (различные вербальные и невербальные приемы) при эндогенных депрессиях обычно сочетается с биологической терапией и проводится после снятия острой депрессивной симптоматики. Различно отношение к обсуждению в группе вопросов, связанных с суицидальными тенденциями у больных. Одни авторы полагают, что таких пациентов не следует включать в группу из-за того, что эти тенденции могут усилиться. Другие считают это и возможным, и необходимым, поскольку суицидальные тенденции часто бывают скрыты и работа в группе их выявляет.

Противорецидивный эффект, достигаемый с помощью психотерапии при депрессии, весьма скромен. Чем острее состояние больного, тем меньше показаны приемы раскрытия переживаний раннего детства и проработка «вторичных выгод» от заболевания. Среди отдельных методов психотерапии наилучшим образом зарекомендовали себя в комплексе с фармакотерапией когнитивная психотерапия Бека, интерперсональная психотерапия Клермана и Вейссман.

Вовин отмечает, что при терапевтически резистентных затяжных депрессивных состояниях, помимо истинной резистентности, связанной с индивидуальными особенностями фармакокинетики (всасывание, распределение, метаболизм, выделение), а также особенностями психопатологического процесса, существенное значение в некоторых случаях могут приобретать тормозящие влияния личностно-психогенных образований. Эти больные нуждаются в одновременно проводимой квалифицированной психотерапии.

В лечении депрессивных расстройств применяются методы основных направлений психотерапии. Цели и приемы вытекают из теоретических концепций, на базе которых они сформировались.

В случае психодинамической терапии выделяют следующие важнейшие психические проявления, подлежащие исследованию и коррекции: самооценка, самообвинение, разочарование, чувство утраты, нарциссизм, отрицание скрытого гнева и др. Классический психоанализ при выраженной депрессии не показан.

При недирективной психотерапии больной высказывает свои мысли и чувства, а психотерапевт, не навязывая своих интерпретаций, помогает пациенту разобраться в себе. Важным условием лечения является эмпатия — умение психотерапевта поставить себя на место больного, посмотреть на мир его глазами. Основное внимание направлено на текущую ситуацию.

Различные варианты когнитивной психотерапии направлены на устранение иррациональных идей, высказываемых больными депрессией. Они более эффективны у больных депрессией по сравнению с психодинамическим подходом.

Интерперсональная психотерапия (Клерман, Вейссман) улучшает социальную адаптацию больных и межличностные контакты, уменьшает скрытность больных, дает им возможность выразить свои мысли и чувства. Показано, что интерперсональная психотерапия некоторых проявлений депрессии, например, социальной дезадаптации, способна так же эффективно ее уменьшать, как и лекарственная терапия.

Контрольные вопросы

1. Наиболее эффективен при лечении зафиксированных истерических моносимптомов метод:
   1) биологической обратной связи;
   2) когнитивной психотерапии;
   3) наркопсихотерапии;
   4) аутогенной тренировки.
2. Психотерапия, наиболее показанная при затяжных формах неврозов:
   1) суггестивная;
   2) эмоционально-стрессовая;
   3) поведенческая;
   4) личностно-ориентированная (реконструктивная).
3. Непосредственный симптоматический эффект у больных с изолированными фобиями может быть достигнут быстрее под влиянием психотерапии следующего вида:
   1) гуманистической;
   2) поведенческой;
   3) психодинамической;
   4) суггестивной.
4. Большего психотерапевтического эффекта можно ожидать при следующем типе психопатии:
   1) истероидной;
   2) шизоидной;
   3) сенситивной;
   4) эпилептоидной.
5. Основными задачами психотерапии при шизофрении являются следующие, кроме:
   1) предотвращения изоляции больных в обществе и аутизации;
   2) социальной активизации и смягчения реакций больных на ситуации, связанные с болезнью и лечением;
   3) значительного уменьшения психопатологической симптоматики;
   4) потенцирования антипсихотического действия биологических методов лечения.
6. Наиболее эффективен при реакциях на стресс невротического регистра следующий вид психотерапии:
   1) суггестивная;
   2) краткосрочная динамическая;
   3) когнитивная;
   4) гуманистическая.
7. При депрессивных расстройствах наиболее эффективен следующий метод психотерапии:
   1) аутогенная тренировка;
   2) гештальт-терапия;
   3) интерперсональная психотерапия Клермана—Вейссман;
   4) поведенческая психотерапия.

Психотерапия в наркологии.

Психотерапия в настоящее время считается основным методом лечения больных *алкоголизмом*. Значителен вклад в лечение алкоголизма с помощью психотерапии отечественных ученых прошлого — Токарского, Вяземского и особенно Бехтерева, развившего предложенный Вяземским метод коллективной гипнотерапии алкоголиков. В лечебную триаду Бехтерева, принципиально сохранившую свое значение до настоящего времени, входило убеждение в

состоянии наяву, мотивированное внушение в состоянии гипноза, продолжающее темы психотерапевтических бесед с больными, самовнушение и самоутверждение пациента.

Традиционным для лечения хронического алкоголизма является применение различных вариантов психотерапии, в основе которых находится суггестивная психотерапия. Как правило, суггестивные методы воздействия применяются в сочетании с элементами рациональной психотерапии, трудотерапии, методиками поведенческой психотерапии и рядом вспомогательных методов (библиотерапия, арттерапия и др.)

Гипносуггестивные программы в нашей стране активно применялись известными психиатрами и психотерапевтами (Бехтерев, Либих, Буль, Рожнов, Макаров, Валентик).

Однако в связи с прогрессом в психотерапии и существенным влиянием социокультурных факторов значимость психотерапевтических программ, в основе которых находится гипнотерапия, стала снижаться. Современным развитием суггестивных подходов является нейролингвистическое программирование, эриксоновский гипноз, «кодирование», «программирование».

До настоящего времени продолжаются попытки использования в терапии алкоголизма аутогенной тренировки. Целью ее является нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка может способствовать закреплению аверсивной реакции, поэтому используется как важный компонент терапии алкоголиков в качестве активного метода саморегуляции, самокоррекции и самовоспитания (Филатов).

Для устранения чувства страха, напряженности и неуверенности в себе, которые обычно испытывают лица, страдающие алкоголизмом в состоянии абстиненции (в том числе и достаточно длительной), используются методы поведенческой терапии — систематическая десенсибилизация и др. При лечении алкоголизма применяются также и другие методы поведенческой психотерапии. К ним относится, в частности, тренировка самоконтроля. В качестве такой методики можно рассматривать применявшуюся в 50-х годах прошлого века попытку обучения пациентов контролируемому употреблению алкоголя. Пациент обучался определять уровень алкоголя в крови по появляющимся у него на лице пятнам или чувству оцепенения. У него была возможность сравнивать свое самочувствие с записанной на видеомагнитофоне реакцией. Применялся также электрошок, когда пациент пил чересчур большими глотками, большими порциями или когда содержание алкоголя в крови превышало определенный уровень. Другие поведенческие методы, состоящие в обучении альтернативному поведению (работа над снижением позитивной ценности пития и тренировка супружеской пары), находят применение в большинстве терапевтических программ.

Из различных вариантов коллективной психотерапии алкоголиков, широко использовавшейся Бехтеревым, наибольшее признание получил метод Рожнова, разработанный на основе концепции эмоционально-стрессовой психотерапии. Гипнотическому воздействию здесь также предшествуют психотерапевтические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в гипнозе (последний проводится по предложенной автором методике удлиненных — не менее 1-1,5 часа — сеансов гипнотерапии). В состоянии гипноза вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя.

В основе многих методик лежит выработка аверсии к запаху, виду, вкусу алкоголя и даже его словесному обозначению. Обычная цель аверсивной терапии алкоголизма — добиться полного отказа от алкоголя посредством выработки тошнотно-рвотной реакции на него путем приема его в сочетании с фармакологическими препаратами, вызывающими рвотную реакцию (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.), с препаратами, приводящими к задержке дыхания или в сочетании с болезненной электростимуляцией. Еще в 1915 г. Бехтерев предлагал примешивать к алкогольным напиткам вещества, вызывающие отвращение, подчеркивая условно-рефлекторную сущность методики. В 1933 г. на основе этой идеи Случевским и Фрикеном была предложена методика, в которой прием алкоголя сочетался с подкожными инъекциями апоморфина. Предлагались и другие методы, основанные на выработке условной тошнотно-рвотной реакции в ответ на запах и вкус алкоголя. В методике Канторовича прием алкоголя сочетался с болевым воздействием электрокожных раздражителей. Существуют и другие методы аверсивной терапии, используемые при лечении алкоголизма, — вербальная аверсивная терапия, которая заключается в том, что воображаемое потребление алкоголя с помощью словесного внушения сопровождается рвотной реакцией, аверсивная терапия по Буренкову — сочетание приема алкоголя со смесью масел, обладающих выраженным рвотным действием, или пероральным применением эметина.

Большая часть методов терапии больных алкоголизмом (гипнотерапия, апоморфинотерапия, аутотренинг и др.) применяется в группах, что способствует повышению эффективности лечебного воздействия.

Основной тенденцией развития психотерапии алкоголизма на современном этапе, как отмечают Гузиков, Ерышев, является ее эволюция от гетеро- и аутосуггестивных воздействий, направленных на выработку отвращения к алкоголю, от разъясняющей терапии в группах к глубокому анализу личности больного, системы его ценностных отношений, имеющему своей целью повышение социально-психологической адаптации пациента и в результате этого — отказ его от употребления алкоголя. Учитывая роль психосоциальных факторов в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации алкоголизма, важнейшее место в его комплексном лечении следует отвести групповой психотерапии. Нежелание человека, страдающего алкоголизмом, признать себя больным, некритичность, невозможность правильно оценить отрицательное влияние пьянства на личную и семейную жизнь, социальные отношения, производственную деятельность, отсутствие установки на полное воздержание от употребления алкоголя, неспособность пациента самостоятельно выработать правильный путь трезвеннической жизни, неадекватное представление о себе рассматриваются в качестве основных объектов воздействия групповой психотерапии при алкоголизме.

В исследованиях отечественных авторов, как и во многих зарубежных работах, подчеркивается, что групповая психотерапия при алкоголизме обычно включена в более широкую программу лечебно-восстановительных воздействий: купирование похмельного синдрома и последствий интоксикации путем использования медикаментозных и общеукрепляющих средств, индивидуальная психотерапия (рациональная, гипноз и др.), поддерживающая психотерапия, трудотерапия, культурно-развлекательные мероприятия и т. п. Что касается форм групповой психотерапии, то при алкоголизме основу ее составляют дискуссионные (недирективные) варианты с частым использованием дополнительных технических приемов (пантомима, разыгрывание ролевых ситуаций, проективный рисунок и др.).

Дифференцируя цели групповой психотерапии при алкоголизме на задачи первого (изменение отношения к болезни, преодоление алкогольной анозогнозии) и второго этапов (коррекция интрапсихических и межличностных проблем), для их решения привлекают различные методики. Вначале это дискуссионные формы психотерапии (в том числе биографически-ориентированные занятия), лекции и др., затем наряду с дискуссией используются проективный рисунок, разыгрывание ролевых ситуаций, пантомима, поведенческие приемы. Сочетание последних является более адекватным для воздействия на механизмы психологической защиты, анализ истинных мотивов поведения, идентификацию больными своих эмоциональных состояний, выделение способов межличностного поведения, повышение адекватности представления о себе.

Особенностью групповой психотерапии при алкоголизме является наличие в ней выраженного компонента рациональной психотерапии.

Направляемое психотерапевтом взаимодействие пациентов в группе, способствуя улучшению взаимоотношений между ними, создает наиболее благоприятные условия для обсуждения истории жизни пациентов, нахождения путей разрешения конфликтных ситуаций как связанных, так и не связанных с алкоголизмом. Важным элементом психотерапевтической тематики является формирование соответствующего реагирования пациента на возможные рецидивы болезни, то есть готовности быстрого установления контакта с лечебными учреждениями. При необходимости на последних занятиях обсуждаются перспективы дальнейшего общения больных друг с другом, их встречи в клубе пациентов, лечившихся от алкоголизма, в летнем лагере и т. д. Сеансы групповой психотерапии проводятся 2-4 раза в неделю по 1,5-2 часа в группах по 7-9 человек. Некоторые авторы считают предпочтительными закрытые группы, включающие пациентов с разными клиническими проявлениями алкоголизма, отличающихся по возрасту, профессии, образовательному уровню, с различными сроками алкогольной зависимости. Работа в гомогенных группах — рабочих, лиц с техническим или гуманитарным образованием, людей, близких по возрасту, — менее эффективна. Занятия проводятся одним или двумя психотерапевтами (в качестве котерапевта может выступать врач-нарколог или психолог). Важным показателем к групповой психотерапии является наличие у пациентов мотивации к выздоровлению и особенно к участию в работе группы. Основными противопоказаниями могут быть явно негативное отношение больного к групповой психотерапии, выраженные симптомы деградации личности.

Эффективность групповой психотерапии при алкоголизме тесно связана с семейной психотерапией, выступающей в качестве важного дополнения к ней и проводимой обычно с самого начала лечения больного (психотерапия супружеских пар, в группах жен, мужья которых страдают алкоголизмом, и др.). При этом задача семейной психотерапии — выявление основных конфликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к режиму трезвости, укрепление установок больного на трезвость. При исследовании жен алкоголиков с целью выяснения их роли в выработке положительной мотивации к лечению у их мужей установлена

статистически значимая зависимость между степенью активности отношения жен к лечению и терапевтическим эффектом при алкоголизме. Одновременно оказалось, что в тех семьях, где жены привлекались к психотерапии, в особенности групповой, отношения значительно улучшились.

Опыт работы с супружескими парами, проводимой врачом и психологом, обобщен Зобневым и Рыбаковой. Супружеская психотерапия начиналась после завершения стационарной групповой психотерапии пациентов и выписки их из клиники. В качестве основы для создания групп поддерживающей психотерапии рассматривалось желание супружеской пары сохранить семью и участвовать в лечении. Занятия проводились 1 раз в неделю в первые 3 месяца, далее 2 раза в месяц в 1-й год работы и 1 раз в месяц на 2-м году психотерапии. Каждое занятие продолжалось 3-4 часа; психотерапия с группами дополнялась клубными формами работы.

Преемственность между групповой и семейной психотерапией, добровольность участия в рамках различных организационных форм (в амбулаторных, полустационарных и стационарных условиях), адекватность целей, задач и видов психотерапии этапам лечения — важные предпосылки эффективности всей системы лечебно-восстановительных воздействий при алкоголизме.

Опубликованные работы по психотерапии при алкоголизме отражают ее особенности для различных категорий пациентов. В случае групповой психотерапии пожилых алкоголиков отмечается менее интенсивная групповая динамика, пациенты более зависимы от активности психотерапевта, положительные терапевтические результаты наблюдаются на более поздних стадиях лечения, для включения группы в активную деятельность требуется гораздо больше времени. Установлено, что терапевтически эффективнее группы, составленные из пациентов, начавших злоупотреблять алкоголем под влиянием психотравмирующих обстоятельств в зрелом возрасте. При групповой психотерапии женщин, страдающих алкоголизмом, прежде всего приходится учитывать заинтересованность пациенток в разрешении таких проблем, как социально-психологическая изолированность, нарушения женской роли, трудности в общении с противоположным полом, в воспитании детей и др. При этом вопросы, связанные с преодолением алкогольной анозогнозии, сохраняя свое значение, отступают на второй план. Подчеркивается специфика отношений между психотерапевтом и группой пациенток: особое значение здесь приобретает наличие у психотерапевта достаточно выраженной эмпатии, отказ от осуждающих моральных оценок и пр.

Большое влияние на формирование ремиссии оказывает участие в движении самопомощи, религиозное мировоззрение. Часть исследователей подчеркивает тесную связь между прекращением потребления алкоголя и участием в собраниях групп Анонимных Алкоголиков.

Сравнение видов и методов лечения демонстрирует лишь несущественные различия в их результативности. По мнению большинства специалистов, наибольший эффект достигается, когда терапия учитывает индивидуальные качества и потребности пациента, а также сопровождается поддержкой после лечения. Немалое значение имеет интенсивность и качество терапевтических сеансов.

Осмысление разнообразных концепций о причинах возникновения зависимости от алкоголя показывает, что для лечения, и прежде всего «упорядочения» отдельных плоскостей, участвующих в формировании болезни, необходим многопрофильный коллектив профессионалов. В нем, наряду с врачом, должны быть представлены психологи или соответственно подготовленные специалисты в области педагогики, ресоциализации, социологии, семейных отношений, отдыха и здорового образа жизни, социальные работники, духовные лица. Особая роль отводится инструкторам, которыми становятся чаще всего люди, не пьющие несколько лет, в прошлом страдавшие алкоголизмом. Пройдя соответствующую подготовку, благодаря личному опыту они являются наиболее полезными особенно на первом этапе лечения, когда преодолевается алкогольная анозогнозия. Благодаря им процесс выработки реалистического взгляда на болезнь происходит быстрее и эффективнее. Будучи ярким примером выздоровления от алкоголизма, они вселяют в больных и коллег по коллективу надежду на успех.

Программа выздоровления рассчитана на несколько месяцев и даже лет. Ее началом являются интенсивные, структурированные, проводимые в стационарных условиях в течение нескольких недель занятия. Стационарное лечение зависимых от алкоголя лиц, в отличие от госпитального лечения других заболеваний, не рассчитано только на тяжелых, так называемых безнадежных больных. Стационарные условия позволяют повысить интенсивность занятий и в короткое время добиться того, на что в амбулаторных условиях требуются многие месяцы. Второй этап — это поддерживающая терапия, осуществляемая в амбулаторных условиях. В диспансерах, располагающих только амбулаторными программами терапии, процесс выздоровления проходит

гораздо медленнее из-за низкой интенсивности занятий. Очень ценным дополнением ко всем формам терапии является участие в собраниях групп Анонимных Алкоголиков, членов их семей в собраниях Аль-Анон (для лиц, связанных эмоционально с алкоголиками) и Аль-Атин (для детей алкоголиков). Для части пациентов полезны контакты с Клубом абстинентов, располагающим квалифицированной терапевтической помощью.

Кроме указанных методов лечения зависимых от алкоголя лиц, существуют программы, направленные на воспитание, образование, просвещение окружающей пациента среды, на выработку более рационального поведения в случаях рецидива болезни и быстрое обращение за помощью.

Следует отметить получивший широкое распространение в нашей стране метод стрессопсихотерапии алкоголизма («кодирование») по Довженко, его развитие в виде эмоционально-эстетической психотерапии алкоголизма по Григорьеву, а также метод аффективной контратрибуции по Гриненко и Крупицкому.

В середине 80-х годов XX века в наркологии появился общий термин для целой группы болезней — «зависимость от химически активных соединений» или, для краткости, «химическая зависимость». Углубленное изучение ее причин показало, что зависимость от героина, эфедрина, седуксена, никотина и любого другого психоактивного вещества — это одна и та же болезнь. Каждое из этих веществ, воздействуя на психику человека, перестраивает биохимию организма, заставляет его требовать все новых и новых доз, повреждает органы и ткани.

Основные проявления химической зависимости в сфере психики — это, во-первых, подчиненность сознания предмету зависимости, во-вторых — утрата самоконтроля, в третьих — отрицание самого факта зависимости.

Психотерапия зависимых от запрещенных психоактивных веществ (наркотиков). Основные принципы психотерапии наркомании рассматриваются в единстве с современными концепциями лечения и включают добровольность, индивидуальность, комплексность и отказ от употребления наркотиков (Иванец). Эффективные психотерапевтические программы предполагают использование комплекса психотерапевтических подходов, использующих различные методы и формы психотерапии, которые применяются бригадой специалистов наряду с психофармакотерапией и немедикоментозными методами лечения.

Лечебная тактика строится с учетом патогенетических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ. В отличие от клинических аспектов наркомании, изучение которых началось еще в начале XIX века, патогенетические звенья формирования зависимости от психоактивных веществ во всем мире начали исследоваться сравнительно недавно. Долгое время преобладал социально-психологический взгляд на эту проблему, и лишь данные, полученные в последние два десятилетия, позволили прийти к единому мнению, что зависимость от психоактивных веществ биологически детерминирована.

В клинической картине всех вариантов наркомании прослеживаются определенные периоды: интоксикация, острая абстиненция, период постабстинентных расстройств, этап формирования терапевтической ремиссии. Психотерапия должна учитывать период заболевания.

Период интоксикации лечения практически не требует, если нет признаков передозировки. При передозировке проводится дезинтоксикационная, симптоматическая и антидотная терапия, но это в большей степени относится к области токсикологии.

Лечение наркомании начинается с купирования острых абстинентных расстройств. Зарубежные и отечественные подходы кардинально различаются. За рубежом в качестве заместительной терапии на длительный срок назначают опиатные агонисты с пролонгированным действием — метадон или лево-альфа-ацетилметадол (альтернатива метадону). Последний оказывает более длительное действие по сравнению с метадоном и обладает менее выраженными эйфоризирующими свойствами. По существу практикуется постепенное, литическое отнятие наркотика.

Однако эти методы оказываются недостаточно эффективными в случае тяжело протекающего абстинентного синдрома при длительном злоупотреблении наркотиками в высоких дозах, резистентности к проводимой терапии в виде некупирующегося болевого и других синдромов. Кроме того, часто встречающаяся у больных наркоманией патология печени (токсический гепатит, последствия перенесенного вирусного гепатита) не позволяет назначать им медикаментозную терапию в полном объеме. Для лечения таких больных разработаны комплексные терапевтические программы с применением различных приемов детоксикации. Не останавливаясь подробно на широко известных методах, отметим, что оптимальным для наркологии сегодня следует считать плазмафорез. От трудоемких, дорогих, не всегда эффективных и

высокотравматичных сорбционных методов его отличают достаточная эффективность, относительная безопасность и экономическая доступность.

На этом этапе психотерапия направлена на повышение мотивации больного с целью преодоления явлений абстиненции. Кроме того, в некоторых случаях она позволяет снизить болезненные проявления абстиненции. Для потенцирования фармакотерапии (после установления психотерапевтического контакта) возможно применение различных вариантов суггестивной психотерапии и внушения.

Период после купирования острых абстинентных расстройств изучен значительно меньше, отсутствует даже его общепринятое наименование. В специальной литературе его называют периодом протрагированных абстинентных расстройств, постабстинентным периодом, отставленными проявлениями абстинентного периода и даже началом формирования терапевтической ремиссии. Он имеет определенную структуру, в его течении наблюдается закономерная смена отдельных синдромов и симптомов, прежде всего психопатологических нарушений: депрессия различной глубины и структуры, влечение к психоактивным веществам, астенические состояния и инсомнические расстройства, нередко служащие причиной рецидивов. Процессы, происходящие в так называемом псевдоабстинентном периоде, также сравнительно мало изучены. Клинически он характеризуется внезапным возобновлением расстройств, характерных для абстинентного периода, но отличающихся меньшей выраженностью соматических и вегетативных нарушений и преобладанием психопатологических расстройств. Для этого периода характерна актуализация влечения (которое не всегда осознается больным) к психоактивным веществам на обсессивном или компульсивном уровне. Аффективные нарушения в этом периоде представлены депрессией с тревогой, раздражительностью, тоскливостью или снижением настроения.

Психотерапевтическая программа включает сочетания симтомоцентрированных методов психотерапии различной ориентации, ведущее место среди которых занимают когнитивно-поведенческая психотерапия, собственно поведенческие методы, арттерапия. В случае выраженных депрессивных и астенических расстройств может применяться психотерапия по Клерману и Вейссман в сочетании с антидепрессантами.

Активно изучаются возможности внедрения в наркологическую практику таких немедикаментозных методов лечения, как транскраниальная электростимуляция, рефлексотерапия, разрабатываются психотерапевтические и реабилитационные программы, включающие методики стрессовой психотерапии, с использованием медикаментозного подкрепления кратковременного действия и др.

В практике наркологических учреждений после купирования явлений абстиненции терапевтические программы часто завершаются, в то время как для предотвращения повторных эпизодов употребления психоактивных веществ необходим комплекс психотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятий. На этом этапе важное значение имеют личностно-ориентированные методы психотерапии, направленные на психологические и психосоциальные факторы стремления к употреблению наркотиков.

Континуальная психотерапия алкоголизма и наркомании Валентика является интегративной и включает применение разнообразных психотерапевтических (манипулятивных и развивающих) методов и приемов, имеющих взаимодополняющие мишени воздействия. Структура лечебного воздействия захватывает явления по вектору прошлое-настоящее-будущее. В континуальной психотерапии выделяются 4 фазы: 1) инициального контакта, диагностики и присоединения; 2) воздействия на патологические процессы; 3) воздействия на нормативно-компенсаторные процессы; 4) реинтеграции и реабилитации.

В континуальной психотерапии важен принцип непрерывности и этапности психотерапевтических воздействий, который подчеркивает необходимость постоянной погруженности больного в процесс терапевтических изменений. Непрерывность достигается путем комбинации различных форм психотерапии (индивидуальная работа, работа в группе, самостоятельные занятия, режим отделения, атмосфера терапевтического сообщества). Осуществление континуума терапевтических изменений имеет строго последовательный характер: при этом фазы континуальной психотерапии соотносятся с этапами процесса лечения, заключающимися в переходе от болезненного способа существования через терапевтические изменения к существованию, свободному от болезни. Перерывы и аритмичность сводят на нет всю предшествующую психотерапевтическую работу.

Принцип континуального подхода заключается в системности, многоуровневости и полимодальности воздействий. Континуальная психотерапия стремится преобразовать

патологические процессы на психобиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях функционирования. Если патология на каком-либо уровне не попадает в поле действия терапевтических изменений, то это становится основой последующего запуска и ассоциативного восстановления патологических процессов на других уровнях. Неизбежным в связи с этим становится регулярный мониторинг процессуального статуса пациента. Игнорирование психотерапевтом сохранных патологических процессов на каком-либо уровне функционирования пациента можно рассматривать как терапевтическую ошибку.

В лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ могут использоваться различные модели семейной психотерапии, направленные на создание микросоциальной среды, которая способствовала бы активации механизмов выздоровления и адаптации больных, а также преодоления частых семейных кризисов, сопутствующих этим расстройствам.

Групповые методы — это групповые модели жизни, обеспечивающие получение непосредственного жизненного опыта и позитивного развития наркологических пациентов (Цетлин, Петлис). Они направлены на раскрытие и мобилизацию ресурсов личности пациентов, решение их личных, семейных и социальных проблем, формирование навыков психической (психофизиологической) саморегуляции и адекватного поведения в различных проблемных ситуациях, в том числе — в ситуациях повышенного риска вовлечения в наркотизацию. В ходе целевых занятий закрепляются навыки эффективной коммуникации — адекватного межличностного общения, конструктивного, содержательного, — а также распознавания, объективной оценки и регуляции своих чувств. Происходит идентификация пациентами себя как наркологических больных, у них формируются адекватные представления о механизмах развития наркологических заболеваний, их последствий и осложнений. Закрепляется активная роль пациента в процессе реабилитации, обеспечивается принятие им личной ответственности за ее эффективность, а также индивидуальная готовность пациентов к ведению жизни без наркотиков.

Так же как при хроническом алкоголизме, одной из эффективных форм реабилитации больных с наркоманией является привлечение их к участию в группах «анонимных наркоманов».

Психотерапия злоупотребляющих лекарственными препаратами имеет сходство с психотерапией зависимых от запрещенных психоактивных веществ (наркотиков). Это прежде всего апелляция к личности больного и определенная последовательность терапевтических воздействий (детоксикация, общеукрепляющее лечение, поддерживающая психотерапия). Отличительной особенностью является то, что злоупотребляющие легальными лекарственными препаратами, как правило, не совершают антиобщественных действий и уголовных преступлений; употребление ими лекарственных средств связано с самолечением или неправильным назначением фармакологических средств. Они консультируются у врачей, знакомятся с действием лекарственных препаратов по аннотациям, справочникам и учебникам.

Чрезвычайно широк спектр нервно-психических и соматических расстройств, при которых пациенты ищут препараты, способные нормализовать их состояние. Если используемый лекарственный препарат хотя бы в какой-то степени оправдывает ожидания и на какое-то время нормализует состояние, больной переходит от эпизодического к систематическому приему лекарства. При этом быстрое симптоматическое улучшение для пациента очевидно, а побочные токсические последствия самолечения обычно полностью игнорируются и отсрочены.

Когда привычное лекарственное средство не оказывает желаемого эффекта, то ему ищут замену или обращаются за помощью в медицинское учреждение. В начале лечения необходимо учитывать основные мотивы больного, заставившие его обратиться за медицинской помощью. В дальнейшем следует укреплять установку на отказ от употребления привычных лекарственных препаратов. При этом основной акцент делают не столько на вреде приема лекарств без назначения врача, сколько на необходимости квалифицированного лечения заболевания.

Если пациент реально ощущает возможность нормализации своего состояния без употребления привычных лекарственных препаратов и понимает вред злоупотребления ими, индивидуальная психотерапия, как правило, бывает успешной. При отсутствии благоприятного прогноза исхода лечения больного, злоупотребляющего лекарственными препаратами, следует госпитализировать в психотерапевтическое отделение, проконсультировать у психиатра-нарколога для уточнения диагноза, обеспечить усиленный контроль со стороны медицинского персонала и вовлечь больного в интенсивные психотерапевтические программы, в том числе и в групповые их формы. В случае продолжения злоупотребления лекарственными препаратами пациент может быть госпитализирован в специализированное наркологическое отделение.

Лечение табачной зависимости. В большинстве стран Европы свыше 50 % мужчин выкуривают в среднем по 15 сигарет в день. Число курящих женщин колеблется от 10 до 50 %,

превышая во многих странах 30 %. По данным, полученным в 80-е годы прошлого века, в СССР курили около 75 % мужчин и 20 % женщин. Абсолютное их число продолжает расти. Ежегодно во всем мире от болезней, связанных с курением, умирает 3 млн человек. В США потери, связанные с курением, составляют почти 26 млрд долларов в год, то есть 11,3 % от урона, наносимого всеми заболеваниями.

Несмотря на важность обсуждаемой проблемы, изучена она далеко не достаточно. Слабо разработанными остаются многие вопросы клиники и лечения табачной зависимости. Отчасти это может быть связано с отношением общества к курению как к социально приемлемой привычке. Вместе с тем большинство специалистов считают, что никотинизм является вариантом токсикомании, причем упорным и трудно поддающимся лечению. Так же как и большинство других токсикоманий, никотинизм проходит через фазы психологической и физической зависимости с формированием на заключительной стадии абстинентного синдрома, характеризующегося появлением ряда соматических и психических неприятных ощущений при прекращении курения.

Роль психологических факторов в становлении никотинизма, по-видимому, выше, чем при любой другой токсикоманий. До сих пор неясно, каким образом никотин может оказывать эйфоризирующее действие. В некоторых работах доказывается, что, хотя никотин и играет определенную роль в формировании табачной зависимости, она весьма мала по сравнению со значением психологических факторов.

Отсюда вытекает ведущая роль методов психологического воздействия в лечении никотинизма. Терапия этого состояния — весьма сложная, комплексная задача, в основном разрабатываемая психиатрами и психотерапевтами. Вместе с тем несомненно, что в российских условиях далеко не каждый больной может обратиться к психиатру с просьбой избавить его от пристрастия к курению. Поэтому действия врача общей практики, а также узких специалистов соматической медицины в отношении этой категории пациентов также имеют немаловажное значение.

В системе психотерапии табачной зависимости Анискиным выделяются следующие компоненты.

1. Врачебные рекомендации и рациональная психотерапия. Даже такая простейшая мера, как совет врача прекратить курение, оказывается достаточно действенной: в 9,7 % случаев больные бросают курить.

2. Прием психотерапии табачной зависимости, названный автором «парадоксальной стратегией». Начиная с третьего-четвертого сеанса психотерапии на фоне дискомфорта, вызванного частичным прекращением курения, врач начинает отговаривать больного от борьбы с курением и предлагает отказаться от дальнейших усилий. Очевидно, что такой прием пригоден для работы лишь с некоторыми курильщиками, а именно с теми, в характере которых прослеживаются черты ригидности, упорства, настойчивости. Парадоксальный совет врача возбуждает в людях такого типа внутренне свойственный им дух противоречия, что ведет к формированию твердой установки на прерывание курения. При этом важно, чтобы врач, во-первых, правильно подобрал больных, а во-вторых, чтобы он не переусердствовал в своем мнимом стремлении отговорить пациента от дальнейших усилий. И то, и другое требует определенного мастерства и психотерапевтического опыта.

3. Заместительная терапия. В случае, если пациент принял решение бросить курить, следует предложить ему по возможности безвредную и физиологичную замену тому допингу, которого он лишается. Здесь первостепенную роль играет обучение больного приемам аутогенной тренировки.

4. Элементы аверсивной терапии. Подобных методов достаточно много, однако наибольшей популярностью пользуются приемы с использованием инъекций апоморфина, «быстрого курения» и гипноза. Метод с использованием апоморфина заключается в том, что больному подкожно вводят 0,1-0,3 мл 1 %-ного водного раствора апоморфина, после чего предлагают выкурить две-три сигареты. Затем, на фоне возникающих под действием апоморфина неприятных ощущений, проводят императивное внушение отвращения к курению.

Психотерапия больных с нехимической зависимостью и аддиктивиыми расстройствами. Новой проблемой современной теории и практики зависимостей стали так называемые «нехимические зависимости», которые в современной науке рассматриваются как варианты аддиктивного поведения.

Нездоровый образ жизни, алкоголизация и никотинизация населения, все более распространяющееся употребление наркотиков и токсических веществ, делинквентное поведение, включая сексуальные девиации, уход от социально конструктивной деятельности, праздное времяпрепровождение — все это дает основания для формирования концепции саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности (Попов).

В основе саморазрушающего поведения лежит стремление к уходу от жизненных проблем. Алкоголизация и наркотизация, хотя и считаются универсальными средствами ухода от действительности, не являются единственными. Не только наркотическая, но и любая другая прогрессирующая зависимость (в принципе, от чего угодно, в том числе, от игральных автоматов, от компьютеров и т. д.) приводит к постепенному отстранению от других видов деятельности и развлечений, сужает круг увлечений и интересов и в то же время способствует поддержанию интенсивных эмоций.

Наиболее частыми вариантами нехимической зависимости являются интернет-зависимость, гемблинг — патологическая склонность к азартным играм, компульсивная потребность быть занятым («работоголики»), патологическая сексуальная зависимость — чрезмерная потребность в сексуальных контактах.

Развиваемая Короленко концепция аддиктивного поведения исходит из положения о наличии общих механизмов, свойственных различным формам аддикции. Основным мотивом поведения становится активное стремление к изменению неудовлетворяющего психического состояния, которое представляется скучным, однообразным и монотонным. Окружающие события не вызывают интереса и не являются источником приятных эмоциональных переживаний. Анализируя психологические механизмы, лежащие в основе различных аддикции, Короленко приходит к заключению, что начало формирования аддиктивного процесса происходит всегда на эмоциональном уровне. Существует эмоциональное состояние, объединяющее различные аддикции. В основе его находится свойственное человеку стремление к психологическому комфорту. В нормальных условиях психологический комфорт достигается различными путями: преодолением препятствий, достижением значимых целей, удовлетворением любопытства, реализацией исследовательского интереса, проявлением симпатии к другим людям, оказанием им помощи и поддержки, следованием религиозному опыту и переживаниям, занятиям спортом, психологическими упражнениями, уходом в мир воображения и фантазий и др. В случаях формирования аддикции этот множественный выбор резко сужается: происходит фиксация на каком-нибудь одном способе достижения комфорта, все другие — исключаются или отодвигаются на второй план и используются все реже. Этот процесс называется конвергенцией эмоционального комфорта, с резким ограничением используемых способов его достижения, способов выбора.

Интернет-зависимость пока не включена в классификацию психических расстройств.

Как показали последние исследования, некоторые люди проводят в киберпространстве столько времени, что это идет в ущерб их личной и/или профессиональной жизни. Проблема зависимости от киберпространства (в англоязычной литературе ее часто называют Internet Addiction Disorder, IAD) является сейчас наиболее важной из всех психологических аспектов взаимодействия человека и компьютера. Признанный авторитет в этой области Янг выделяет пять основных категорий этой зависимости. 1. Киберсексуальная. Зависимость от интерактивных комнат общения для «взрослых» или от киберпорнографии. 2. Киберотношения. Пристрастие к дружеским виртуальным отношениям, интерактивным играм и конференциям, которые заменяют реальных друзей и семью. 3. Чрезмерная сетевая вовлеченность. Включает в себя вовлечение в азартные сетевые игры, зависимость от интерактивных аукционов. 4. Информационная перегрузка. Чрезмерная вовлеченность в посещение вебсайтов и поиск по базам данных. 5. Компьютерная зависимость. Навязчивая вовлеченность в компьютерные игры или в программирование (в основном среди детей и подростков).

Психотерапия и киберпространство. Бурное развитие новых технологий и вовлечение в них все большего количества людей требуют от психотерапевтов изменить традиционные способы проведения терапии и использовать новые развивающиеся технологии для оказания психологической помощи пациентам. Распространение Интернета, обладающего специфическими свойствами (легким доступом к нему из любой точки мира и анонимностью реципиента) привело к тому, что все большее количество психотерапевтов открывает в нем киберклиники: консультационной и психологической помощи, включая индивидуальную и групповую терапии. Используя в своей работе электронную почту, комнаты общения, Web-сайты и новые аудио-видеотехнологии, психотерапевты приближают возможность сделать психологическую помощь более доступной, чем традиционные методы, основанные на встрече с пациентом в офисе или клинике.

Кибертерапия (online therapy) — очень широкое понятие, охватывающее различные типы психотерапевтического вмешательства с использованием Интернета. Не следует думать, что любой тип традиционной психотерапии может быть перенесен и использован в киберклиниках.

Трудно представить, что кто-то решится проводить классический психоанализ по электронной почте.

Такой способ, по-видимому, скорее подходит для оказания психологической поддержки в кризисной ситуации или терапии посредством информации и обучения.

Несмотря на ограниченные возможности современной кибертерапии и отсутствие юридического статуса у подобной деятельности, она развивается и имеет все шансы стать полноправным членом в ряду психотерапевтических услуг. В нашей стране в русскоязычном сегменте Интернета (Рунете) на начало 2001 г. психологическое консультирование проводилось на 12 сайтах, в том числе Кузнецовым был реализован проект «Mail-терапия» — психотерапия по электронной почте на основе развивающейся теории и практики ценностно-адаптивного подхода.

Игровая зависимость. В отечественной психиатрии, в отличие от зарубежной, за редким исключением (Зайцев, Короленко, Дмитриева Н. В.), практически нет специальных научных исследований и публикаций на тему психотерапии игровой зависимости. В то же время легализация и практически бесконтрольное развитие игорного бизнеса в нашей стране не могли не способствовать появлению и распространению патологической склонности к азартным играм. Так, если в 1996 г. в отделение внебольничной психиатрии Института им. В. М. Бехтерева в связи с патологическим пристрастием к азартным играм обратилось только 3 пациента, то в 1997-1999 гг. — уже 34 пациента, причем характер расстройств 6 из них потребовал терапии в условиях стационара.

Когнитивная теория связывает патологическую игру с когнитивными ошибками, иррациональными убеждениями и так называемой «иллюзией контроля». Типичны следующие когнитивные ошибки игроков: персонификация игрового автомата («игровой автомат похож на меня») или типичного объяснения проигрыша («я проиграл, потому что был невнимателен»). К иррациональным характеристикам относятся четыре стержневые характеристики: нетерпеливость и неспособность к длительным усилиям; низкая фрустрационная толерантность, искажения самооценки, преувеличение. «Иллюзия контроля» предполагает, что игрок верит в возможность контролировать случайные события посредством различных способов ритуального поведения, например, скоростным нажатием кнопки игрового автомата.

Психодинамические психотерапевты объясняют компульсивное поведение игрока доминирующими психологическими защитами, присущими обсессивно-компульсивной личности, которые в условиях стресса и повышенной нагрузки преобразуются в симптоматическое поведение, приобретающее характер ритуала и компульсии.

Большинство специалистов, работающих с патологическими игроками, используют главным образом когнитивно-поведенческие методы психотерапии. Эффективным способом помощи и реабилитации игроков считается привлечение их к деятельности обществ «Анонимных Игроков», создаваемых по типу обществ Анонимных Алкоголиков.

Кастер первоначально проводит с игроками интенсивный курс поддерживающей психотерапии с целью преодоления фазы разочарования. После 2-3 нед занятий с пациентом обычно заключается терапевтический контракт, согласно которому он обязуется сделать все, что возможно в его силах, чтобы избежать очередного срыва. К заключению такого контракта обычно привлекаются члены семьи. Большое значение уделяется групповой психотерапии, поскольку хроническое манипулятивное и нечестное поведение лучше всего осознается в групповой ситуации. В дальнейшем пациент привлекается к деятельности общества «Анонимных Игроков» и постепенно начинает разрешать проблемы, которые он создал в финансовой, личной и семейной сферах. При таком подходе к терапии стойкое улучшение достигается приблизительно в 50 % случаев.

Программа стационарного лечения (Табер) предполагает добровольную, минимум 28-дневную, госпитализацию в специализированный лечебный центр. Программа ставит своей задачей достижение двух психотерапевтических целей: а) воздержание от игры; б) изменение образа жизни, характерного для патологических игроков. Наибольшее внимание уделяется дисциплине, так как для большинства игроков характерно отсутствие способности к самоограничению и порядку. Кроме того, пациенты обязательно посещают образовательные занятия, обучаются релаксации и занимаются в психотерапевтических группах. Постепенно игроки привлекаются к работе общества «Анонимных Игроков». Такая система психотерапии позволяет достигнуть полной стойкой ремиссии в течение года у 54 % пациентов.

Зайцев предложил психотерапевтическую программу, основанную на одновременном анализе стадий игровой зависимости, выделенных Кастер, и фаз игрового цикла, описанных им. Принципиально важно различать, с одной стороны, фазы игрового цикла, отражающие положение

игрока в конкретный период времени в континууме сознательного контроля над своим поведением, а с другой — фазы игровой зависимости, отражающие степень личной и социальной дезадаптации пациента в процессе развития болезни. Это позволяет создавать структурированный план психотерапевтических и реабилитационных мероприятий в работе с патологическими игроками, ориентированный как на обучение пациентов способам контроля над поведением, так и на восстановление личностного и социального статуса.

В процессе предложенной Зайцевым поэтапной психотерапевтической программы решаются следующие задачи: а) диагностическая; б) психообразование; в) создание стратегии контроля над импульсом к игре; г) создание поддерживающей семейной среды; д) решение социальных проблем, возникших в результате игровой зависимости. В среднем весь цикл психотерапии занимает от 16 до 20 сессий.

Контрольные вопросы

1. При алкоголизме более устойчивого эффекта можно ожидать от психотерапии:
   1) аверсивной;
   2) поведенческой;
   3) личностно-ориентированной (групповой и семейной);
   4) стрессопсихотерапии («кодирование»);
2. К числу основных принципов лечения наркомании относятся все указанные, кроме:
   1) добровольности и отказа от употребления наркотиков;
   2) индивидуальности;
   3) краткосрочности;
   4) комплексности.
3. Континуальная психотерапия алкоголизма и наркоманий, разработанная Валентиком, включает следующие фазы, кроме:
   1) инициального контакта;
   2) реинтеграции и реабилитации;
   3) уменьшения уровня алекситимии;
   4) воздействия на патологические и нормативно-компенсаторные процессы.
4. В системе лечения табачной зависимости существенны следующие элементы, кроме:
   1) экзистенциальной психотерапии;
   2) заместительной терапии;
   3) рациональной психотерапии;
   4) аверсивной терапии.
5. Среди видов психотерапии пациентов с нехимической зависимостью наиболее эфективна:
   1) суггестивная;
   2) интерперсональная;
   3) когнитивно-поведенческая;
   4) кризисная.

Психотерапия в неврологии.

В обширной литературе по психотерапии указания на целесообразность применения психотерапевтических методов при органических заболеваниях нервной системы встречаются у Бехтерева, Шильдера, а также в работах более позднего периода (Давиденков, Платонов, Карвасарский, Яцков и др.).

В связи с трансформацией клинической картины нейроинфекций все чаще встречаются такие формы поражений центральной нервной системы, которые при незначительной выраженности неврологических нарушений характеризуются, как правило, затяжным, многолетним течением и терапевтической резистентностью. В этих условиях нарушения корковой нейродинамики органическим процессом, вторичная невротизация в качестве реакции личности на основное заболевание и сопутствующие психогении во многих случаях становятся неизбежными спутниками органического патологического процесса. Широкое внедрение в клиническую практику электрофизиологических, контрастных рентгенологических исследований, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и др. значительно облегчило диагностику

стертых, невыраженных форм ряда органических заболеваний нервной системы. В связи с этим чаще, чем прежде, появляется возможность в каждом случае правильно оценить соотношение органического и невротического компонентов при данном заболевании и соответственно этому определить место сомато- и психотерапии в наиболее рациональном лечебно-восстановительном комплексе. Диагностические трудности, недооценка неврологами методов клинико-психологического исследования нередко приводят к неправильной интерпретации нервно-психических нарушений при органических заболеваниях. Невротические синдромы, обусловленные психогенией, рассматриваются как проявления деструктивного процесса, вследствие чего возможна переоценка роли соматотерапии и игнорирование или недооценка методов психотерапии. Это тем более необходимо подчеркнуть, что, помимо лечебного значения, применение психотерапии в этих случаях оказывается полезным для дифференциально-диагностического отграничения органических поражений от нарушений, возникающих психогенно. Однако возможны и ошибки другого рода, когда при неврозоподобных дебютах органических поражений нервной системы (рассеянный склероз, опухоли головного мозга и др.) устранение психотерапевтическими приемами сопутствующих функциональных нарушений приводит к запоздалой, несвоевременной диагностике.

Об эффективности гипнотерапии у хорошо поддающихся гипнозу больных, направленной на ослабление таких чисто органических проявлений, как парезы, параличи, дизартрия, интенционное дрожание, нарушения мышечного тонуса, фантомные боли и др., свидетельствуют исследования многих авторов. Ссылаясь на собственные наблюдения, известный отечественный психотерапевт Платонов отмечал ослабление свежих и застарелых органических парезов и параличей различной этиологии под влиянием тренировочных упражнений при лечебной физкультуре, проводимых в состоянии гипнотического сна. При этом ускорялся процесс восстановления движений в пораженной конечности. На возможное нейрофизиологическое объяснение эффективности гипнотерапии при органических заболеваниях нервной системы указывал еще Бехтерев. В 1911 г. он писал, что «... при всяком органическом заболевании нервной системы имеются расстройства, обусловленные сопутствующими функциональными изменениями соседних или более удаленных участков нервной системы», и что поэтому появляется возможность «некоторого влияния гипнотических внушений на нервные поражения органического происхождения». На регресс не только субъективных жалоб, но и объективных неврологических симптомов при гипнотерапии больных с поражениями нервной системы травматического, сосудистого, инфекционного, токсического генеза указывал Шогам. Автор полагал, что в этом случае психотерапевтическое воздействие реализуется через неспецифические структуры лимбико-ретикулярного комплекса, влияющего на функциональное состояние нервной системы на разных ее уровнях опосредованно через речевые (второсигнальные) неокортикальные зоны. Подчеркивалась большая эффективность гипнотерапии при стволовых диэнцефальных формах органических заболеваний головного мозга. При очаговых поражениях мозга, сопровождающихся, например, спастическими гемипарезами, по данным автора, можно уменьшить их клинические проявления — несколько повысить мышечную силу, уменьшить тонус, восстановить в известной мере чувствительность и др. — в частности, путем мобилизации резервных компенсаторных возможностей со стороны неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса. На эффективность гипнотических внушений у больных паркинсонизмом, объясняемую особой ролью неспецифических систем мозга в патогенезе заболеваний и преимущественно нейродинамическими нарушениями, лежащими в основе симптомообразования при данном органическом заболевании, указывал Голубев. Гипнотерапия, а также все другие виды суггестивной психотерапии могут успешно применяться для снятия неврозоподобной симптоматики непсихогенной природы при органических заболеваниях нервной системы.

Эффективность этих методов при нарушении сна и аппетита, ухудшении настроения, расстройстве памяти, внимания, снижении умственной работоспособности хорошо известна.

При проведении психотерапии в общем комплексе лечебных мероприятий (дегидратационной, рассасывающей, противовоспалительной терапии) существенное значение имеет период пребывания больного в стационаре. Несомненное психотерапевтическое значение для больного приобретает сам факт установления у него определенного заболевания после тщательно проведенного обследования. Основными задачами психотерапии на данном этапе являются убеждение больного в больших компенсаторных возможностях нервной системы, активизация личности на преодоление болезненных нарушений и приспособление к условиям жизни. С этой целью могут быть использованы, помимо рациональной психотерапии, все формы суггестии, включая гипнотерапию, наркогипнотерапию и др. Большое значение имеет психотерапия в группе, особенно в форме «лечебной перспективы». Применение этой методики целесообразно, так как установление диагноза органического заболевания головного мозга, как правило, пугает больных.

Необходимо дать им возможность убедиться в перспективности для них проводимой терапии. Для этого в группу приглашают пациентов со сходными болезненными нарушениями, закончивших лечение с благоприятными результатами, хорошей социальной и трудовой реадаптацией после него.

Одной из основных целей использования психотерапии в комплексном лечении больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы является устранение невротического компонента, обусловленного реакцией личности на болезнь, часто в связи с ятрогениями, а также в виде более сложных сопутствующих психогений. У некоторых больных возникновение невротических расстройств обусловливается патологической реакцией на поражение нервной системы, а переживание болезни приобретает характер психогении вследствие их личностных особенностей (тревожная мнительность, ипохондричность). Генез этих вторичных невротических симптомов в клинике органических поражений головного мозга, особенно при энцефалитах с поражениями межуточного мозга, тесно связан прежде всего с генерализованными системными нарушениями сенсорной сферы. Для этих больных характерны сенестопатии, частые нарушения телесной и особенно висцеральной схемы тела, яркие психосенсорные расстройства. Эти ощущения больные переживают особенно остро и тяжело, и у них появляется убежденность в реальности жизненной катастрофы, которая может возникнуть в любой момент вопреки заверениям врача. Нередко больные полностью углубляются в переживания, связанные с пугающими телесными ощущениями, сосредоточивают на них все свое внимание и оказываются выключенными из обычного круга семейных и социальных проблем (Лещенко). Реакцией на эти расстройства, как правило, являются невротические страхи «сойти с ума», кровоизлияния в головной мозг, возникновения опухоли. Отмечаемая многими авторами ипохондрическая настроенность больных с указанными заболеваниями сопровождается стойкой фиксацией на своих ощущениях, чрезмерной заботой о своем здоровье и нередко ятрогенно подкрепляется диагностическими ошибками. При лечении больных с невротической фиксацией органических нарушений существенное значение имеет косвенная психотерапия, в частности, в виде психотерапевтического опосредования и потенцирования различных видов биологической терапии. О целесообразности чрезпредметного (косвенного) психотерапевтического эффекта известно давно (Бехтерев, Платонов и др.).

Важную роль психотерапия приобретает в комплексном лечении больных, у которых затяжное, длительное течение органического заболевания нервной системы становится фактором, способствующим возникновению более сложных психогений, выявляющихся лишь при глубоком изучении истории развития больного и формирования его отношений к окружающей действительности. Как отмечал Мясищев, при деструктивных поражениях болезненно измененный мозговой субстрат характеризуется снижением сопротивляемости и выносливости, поэтому ситуация, незначительная для здоровой нервной системы, является в этих условиях декомпенсирующей. Подобные больные, будучи в основном «органиками», склонны к рецидивам заболевания и декомпенсации по психогенному пути и хорошо восстанавливаются при разрешении ситуации с помощью психотерапии. При этом нередки случаи, когда тот или иной неблагоприятный фактор в жизни больного приобретает патогенное значение лишь после перенесенного органического заболевания нервной системы. При органических заболеваниях со значительно выраженными невротическими нарушениями психотерапию желательно проводить в стационаре, где для этого имеются благоприятные условия (длительный и постоянный контакт врача с больным, что необходимо для систематической индивидуальной психотерапии, возможность проводить групповую психотерапию и различные виды так называемой социотерапии). Психотерапевтическое значение имеет сам факт поступления больного с органическим заболеванием нервной системы в стационар для тщательного обследования, а также лечебная атмосфера отделения или клиники. После выписки должна проводиться поддерживающая психотерапия, которая в тяжелых случаях длится в течение нескольких месяцев, а иногда и лет. При отсутствии достаточных возможностей с этой целью может быть использован метод заочной психотерапии путем переписки.

В широкой врачебной практике нередко встречаются больные, которым с самого начала ставится правильный диагноз органического заболевания нервной системы, однако часто даже длительное, многолетнее лечение оказывается в этих случаях недостаточно эффективным. При клинико-психологическом изучении больного выявляется невротическая и ипохондрическая реакция и фиксация основных болезненных симптомов. Только тщательное выяснение истории жизни больного, особенностей его личности позволяет понять содержание этой фиксации и выявить те психогенные факторы, которые ее обусловливают. Одним из основных и наиболее адекватных методов восстановительного лечения в этих случаях является психотерапия в ее различных формах и прежде всего в виде личностно-ориентированной психотерапии.

В ряде работ отмечается эффективность различных видов психотерапии — рациональной, в форме суггестии, наркопсихотерапии и пр. — в комплексе лечения неврологических больных для устранения вторичных невротических и неврозоподобных расстройств на фоне инфекционных, сосудистых, травматических заболеваний нервной системы. Психотерапия оказывается полезной при травматических повреждениях позвоночника и спинного мозга, с вторичными невротическими и неврозоподобными расстройствами и неврологическими нарушениями, характерными для этой группы больных (нарушения функций кишечника, мочевого пузыря, расстройства движения и чувствительности). Эффективность гипнотерапии и других видов психотерапии у больных с поражениями нервной системы на спинальном и периферическом уровнях объясняется участием в механизмах их компенсации церебральных структур, в особенности неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса; имеют значение и нисходящие корригирующие влияния лимбической системы на функциональное состояние спинальных и периферических образований, включая их моторные, сенсорные, вегето-трофические проявления. Яцковым длительная амбулаторная психотерапия (до 80-100 сеансов) применялась у больных с отдаленными последствиями церебрально-органической патологии и наличием невротических и неврозоподобных расстройств. Автор указывает на различную эффективность психотерапии в зависимости от синдромальной структуры нервно-психических нарушений. Менее эффективной оказалась психотерапия у больных с ипохондрическим и сенесто-цефалгическим синдромами.

В системе лечения неврологических больных широкое распространение получила аутогенная тренировка. Обзор исследований по применению этой методики в клинике нервных болезней приведен в монографии Панова и др. В работе подчеркивается, что аутогенная тренировка более адекватна при восстановительной терапии остаточных явлений органических заболеваний центральной нервной системы, прежде всего для устранения широкого круга функциональных расстройств невротического и неврозоподобного характера. Заслуживают особого внимания данные об использовании аутогенной тренировки с целью расслабления отдельных мышечных групп при таких терапевтически резистентных формах заболеваний, как спастическая кривошея, лицевой параспазм и др. Возрастает число примеров лечения нервно-психической патологии с использованием принципа биологической обратной связи. Этот метод дает хороший терапевтический результат при лечении церебрального арахноидита с преимущественно судорожным синдромом, у больных с последствиями травм позвоночника и спинного мозга, при активной восстановительной терапии больных с постинсультными двигательными нарушениями. Многочисленная литература посвящена использованию этого метода при лечении мигрени.

На рис. 8 приведены снимки больного с лицевым параспазмом до и после курса аутогенной тренировки.

Рис 8. Больной лицевым параспазмом.

а — двусторонняя симметричная тоническая судорога лицевых мышц. Интенсивное судорожное сокращение круговых мышц глаз лишает больного возможности что-либо видеть, спазм мышц рта затрудняет речь и еду; б — во время очень коротких (несколько секунд) промежутков между приступами спазма еще сохраняется тоническое напряжение мышц, которое произвольно, за счет сокращения антагонистов, преодолевается с большим усилием и быстро утомляет больного; в — после курса лечения аутогенной тренировкой остается лишь некоторое напряжение круговых мышц глаз, не нарушающее зрения. (По Лобзину).

Накапливается опыт проведения групповой психотерапии при различных заболеваниях нервной системы, в частности лиц, страдающих сосудистыми заболеваниями. На первых занятиях рассматриваются особенности заболевания (течение, прогноз); в дальнейшем обсуждаются проблемы, волнующие обычно таких пациентов, — необходимость и пути повышения их эмоционально-волевой и социальной активности, коррекция установок и отношений к различным социально-бытовым условиям, адекватное отношение к симптомам заболевания, противодействие

их возникновению. Обсуждаются проблемы, связанные с возвращением больных в семью (здесь важна и семейная психотерапия), подготовкой к выходу на пенсию и, в связи с этим, к новому укладу жизни. При соответствующих показаниях групповую психотерапию можно сочетать с гипнотерапией и другими видами психотерапии в той же группе. При проведении психотерапии у больных с сосудистыми заболеваниями нервной системы необходимо учитывать их повышенную ранимость и лабильность психики; неосторожное поведение психотерапевта может привести к ятрогениям и дидактогениям.

Демиденко, Балунов применили методы психотерапии в системе комплексной восстановительной терапии постинсультных больных. Объектом лечебного воздействия являлись реактивно-личностные наслоения (снижение самооценки, потеря веры в выздоровление), особенно выраженные у больных с тяжелыми дефектами двигательных, сенсорных и других функций. Лечение осуществлялось в малых группах и включало различные формы рациональной психотерапии — групповые занятия с использованием приемов «психотерапевтического зеркала», «коррекции масштаба переживания», «лечебной перспективы», музыкотерапии, способствующих выработке адаптивных установок и мобилизации собственной активности больных. Существенное место отводилось элементам психогимнастики, двигательной терапии, наиболее адекватным для решения задач эмоциональной и моторной активации больных. С целью опосредованного воздействия на локальный дефект использовались различные игровые методики и специальные приемы идеомоторной тренировки. Большое значение приобретала семейная психотерапия — разъяснительная работа с родственниками больного с целью их ориентации на адекватное отношение к пациенту и его заболеванию, а также обучение навыкам ухода за больными. Особенностью занятий по групповой психотерапии с больными, перенесшими инсульт, является участие в них (помимо психотерапевтов) медицинских сестер. В групповых дискуссиях (30-минутные занятия 5 раз в неделю) коррекции подвергаются неверные представления пациентов о параличе, проблемы выздоровления и предупреждения повторных инсультов. Перед выпиской психотерапевтические усилия направляются на то, чтобы снять тревогу и избавить от тягостных мыслей, связанных с боязнью больных лишиться заботы, вселить уверенность в скором улучшении состояния. Шкловский указывает на эффективность групповой психотерапии в системе реабилитации больных с последствиями инсульта и нейротравмы. Для восстановления коммуникативной функции речи у больных с афазией проводилась логотерапия, сочетающая логопедические и другие групповые формы работы: занятия с использованием методов собственно групповой психотерапии; занятия по восстановлению речи растормаживающего и стимулирующего характера, занятия с использованием дифференцированных методик, применяемых в практике индивидуального обучения; занятия по восстановлению речи клубного типа и в процессе трудовой деятельности. В настоящее время групповая психотерапия включается в комплекс лечебно-восстановительных воздействий при самых различных неврологических заболеваниях, с ее помощью решаются в основном те же задачи, которые указаны выше. Групповая психотерапия оказывается полезной и в случаях длительной инвалидизации пациентов. Описан опыт работы с больными, страдающими хронической прогрессирующей формой нервно-мышечной дистрофии. Психотерапия, имевшая своей целью уменьшение зависимости, предотвращение ухода от социальной деятельности, изоляции и отчуждения пациентов, проводилась 1 раз в неделю по 1,5 ч. После 9-месячных занятий отмечено терапевтически благоприятное изменение установок и функционирования членов группы (Бэйракал).

Существенна роль психотерапии в системе восстановительного лечения больных эпилепсией, учитывая большое медико-социальное значение этого заболевания. Психотерапия при эпилепсии (Громов) направлена на решение ряда задач, возникающих при лечении и других органических заболеваний, — закрепление и потенцирование эффекта биологической терапии, укрепление веры больного в успех лечения (в чем особенно нуждаются страдающие этим заболеванием), коррекция отношений больных и перспектив их будущей жизни в условиях болезни, усвоение более адекватных, адаптивных форм поведения. Хотя нет убедительных данных о возможности с помощью психотерапии воздействовать на судорожные припадки, однако смягчение аффективной напряженности, общий седативный эффект психотерапии повышают порог судорожной возбудимости, в ряде случаев уменьшая частоту припадков. Подчеркивается неимперативный, в большей мере разъяснительный характер суггестивных воздействий. Применяются также методы групповой психотерапии.

Для проведения поддерживающей психотерапии у больных с органическими заболеваниями нервной системы могут использоваться клубные формы работы. В клубах бывших пациентов проводятся лечебные реадаптационные мероприятия не только с больными, но и с их близкими, в частности с семьей.

В связи с включением в штаты восстановительных неврологических отделений психологов возрастает их роль в проведении психотерапии. Психотерапевтическое значение имеет уже сама демонстрация больному в процессе психологического исследования сохранности у. него психических функций, наличия резервов для противодействия болезни. С психотерапевтической же целью может использоваться ознакомление, больных с позитивной динамикой под влиянием лечения изучавшихся психологических показателей.

Контрольные вопросы

1. Комплексное лечение неврологических больных психотерапией более эффективно в периоде:

1) остром;

2) подостром;

3) восстановительном;

4) реабилитационном.

2. При восстановительной терапии больных с постинсультными двигательными нарушениями более эффективна:

1) наркопсихотерапия;

2) позитивная психотерапия;

3) биологическая обратная связь;

4) когнитивная психотерапия.

Психотерапия в соматической медицине.

В настоящее время отмечается все большая интеграция психотерапии в соматическую медицину. Объектом психотерапевтических воздействий становятся различные заболевания и прежде всего так называемые психосоматические расстройства. Вместе с тем, как отмечает один из видных представителей психосоматической медицины Стоквис, «успехи психотерапии в психосоматике производят не столь уж радужное впечатление. Нет смысла их приукрашивать: во многих случаях результаты удручающе мизерны, а нередко и вовсе равны нулю». Зарубежные ученые подчеркивают, что соматические, в том числе психосоматические, пациенты являются малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для психоанализа (Сифнеос). Пытаясь объяснить трудности в использовании психотерапии при лечении соматических больных и считая, что основной из них является сложная природа психосоматических заболеваний, Карасу конкретизирует некоторые из этих трудностей. К их числу он относит: роль собственно соматических (биологических) механизмов и их проявления; личностные характеристики, представления и защитные механизмы пациента, имеющие прямое отношение к лечебной мотивации и поведению во время лечения (например, выраженное сопротивление пациента, отрицание им роли психологических механизмов болезни и др.); негативное значение контрпереносных реакций у самих интернистов и психотерапевтов. Все это приводит к тому, что эффективная психотерапия таких пациентов становится трудноосуществимой, если не сказать — неосуществимой задачей.

Приходится учитывать также общее отношение к психосоматической проблематике в медицине. Психосоматика, достаточно разработанная и разрабатываемая на теоретическом уровне, пока не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в жизнь, практику обслуживания больных. Для рядового интерниста встреча с психосоматикой лишь краткий эпизод, не оказывающий влияния на его текущую работу: он не разбирается в ней и не понимает связанных с ней выгод; психосоматику не удается завоевать авторитет и в силу того, что ему кажется, что этот авторитет уже приобретен (Фланнери).

Однако психотерапия, если ставить перед ней реалистические цели, оказывается несомненно полезной при различных соматических расстройствах. Направленная на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса либо развитие в связи с последним невротических «наслоений», психотерапия способствует уменьшению клинических проявлений заболевания, повышению социальной активации больных, их адаптации в семье и обществе, а также повышает эффективность лечебных воздействий биологического характера. В связи с этим следует заметить, что, поскольку наиболее распространенной в настоящее время является медицинская модель заболевания, согласно которой лечение осуществляется прежде всего с помощью лекарств и процедур, широкие возможности предоставляет использование

психотерапевтического опосредования и потенцирования воздействий биологической природы (лекарственных, диетических, физических и др).

При лечении соматических заболеваний широко применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение и др. Есть данные о положительных результатах использования поведенческой терапии у больных с психосоматическими заболеваниями. Основным в этом случае является преодоление зафиксированных реакций тревоги. С помощью указанных методов можно воздействовать на психопатологические нарушения — страх, астению, депрессию, ипохондрию, а также на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства (со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем).

Существенным стимулом к продолжающимся попыткам эффективного использования психотерапии в соматической клинике явилось развитие различных форм личностно-ориентированной, в том числе и групповой, психотерапии. Это находит отражение не только в зарубежной литературе, психодинамически- и экзистенциально-ориентированной, но и в работах авторов хотя и отрицающих психогенез этих заболеваний, но в то же время признающих важную роль в их происхождении психосоциальных факторов. Объектом групповой психотерапии при этом, как и психотерапевтических воздействий в целом, являются психологические факторы патогенеза заболевания (интрапсихический конфликт; механизмы психологической защиты; «внутренняя картина болезни», в том числе патологическая реакция личности на заболевание; система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента). Наибольший интерес в настоящее время представляют попытки применения групповой психотерапии при собственно психосоматических заболеваниях, а также вопросы соотношения ее с различными видами симптоматической психотерапии.

Обширная литература посвящена психотерапии при гипертонической болезни. При лечении таких больных с помощью гипнотерапии, наряду с уменьшением невротических и неврозоподобных нарушений, отмечалось снижение или даже нормализация артериального давления. Подчеркивается целесообразность длительного лечения. Так, Буль рекомендует после массированного курса гипнотерапии (25-30 сеансов, проводимых через день) постепенно удлинять интервалы между сеансами, проводя их сначала через 2-3 дня, затем через 5, через 7, а потом и через 10 дней. Если зависимость эффективности гипнотерапии больных гипертонической болезнью от ее длительности, по данным автора, выступала достаточно явно, то глубина гипнотического сна и продолжительность его имели относительно меньшее значение. Кроме того, при лечении гипертонической болезни используется аутогенная тренировка, частота применения которой в санаторно-курортном лечении больных объясняется тем, что с помощью этого метода удается достичь быстрого парасимпатического эффекта. Широко применяется при лечении гипертонической болезни метод биологической обратной связи, а также другие методы релаксации и психологического воздействия. Рассматривая цели и задачи психотерапии при гипертонической болезни, один из видных специалистов в этой области Катценштейн отмечает, что психотерапия при этом не должна ограничиваться освоением лишь методов релаксации, что ее следует направлять также на изменение неправильных позиций в отношениях больного к разным сферам жизни, используя различные формы групповой психотерапии, что содержанием психотерапевтической работы с больными должны быть психотерапевтические воздействия, имеющие симптомо-, личностно- и социо-ориентированную направленность.

Психотерапия становится существенным компонентом лечения на всех этапах восстановительной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе постинфарктных больных. Внезапность возникновения болезни и психологическая неподготовленность к ней вызывают панический страх у пациента. Каждый диагностический или терапевтический акт в кардиологическом отделении должен иметь психотерапевтическое опосредование. Информация о тяжести состояния должна учитывать личностные особенности больного и по возможности быть исчерпывающей, чтобы предупредить неправильную или некомпетентную интерпретацию со стороны окружающих больного лиц (возможность эгротогений и других ятрогенных воздействий). При ишемической болезни сердца, протекающей с приступами стенокардии, показана гипнотерапия. Курс лечения состоит из 10-20 сеансов, которые проводятся через день по 40 мин. Внушение строится не только в императивном тоне, но и в виде разъяснения и убеждения. Большое количество работ посвящено применению при ишемической болезни сердца, включая постинфарктный период, аутогенной тренировки. Юрданов, Зайцев создали ее вариант, наиболее адекватный для больных, перенесших инфаркт миокарда. Из традиционной методики аутогенной тренировки были, в частности, исключены такие приемы, как «тяжесть», «сердце», «дыхание», и такие условия ее проведения, как поза «кучера», положение

лежа, сопровождавшиеся нежелательными явлениями. В то же время были введены новые упражнения («легкость в теле», «тепло и свобода в груди» и др.) и элементы (например, «открытые глаза»), изменена последовательность освоения приемов аутогенной тренировки. Аутогенная тренировка оказывается полезной также на санаторном этапе восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца. Для устранения нарушений сердечного ритма (нередко в виде пароксизмальной тахикардии — наиболее частого осложнения в постинфарктном периоде) используется саморегуляция сердечного ритма с помощью методики биологической обратной связи. На поздних стадиях восстановительного лечения пациентов с ишемической болезнью сердца, в том числе больных, перенесших инфаркт миокарда, показана групповая психотерапия. Занятия проводятся в группах (по 12-14 пациентов), при формировании которых учитывается возраст и образование (группы по возможности однородные). Используются дискуссионные и другие формы психотерапии. В настоящее время самостоятельное значение приобретает разработка системы профилактики ишемической болезни сердца и вторичной профилактики инфаркта миокарда путем преодоления стереотипов поведения и вредных привычек, на значение которых в происхождении этого заболевания указывается в многочисленных исследованиях. Это так называемые факторы риска — поведенческий тип А, высокие показатели алекситимии, курение, избыточная масса тела, гиподинамия и др., для устранения и предупреждения которых используются методы психотерапии: индивидуальные и групповые занятия, различные виды телесно-ориентированной психотерапии, обучение мышечному расслаблению; упражнения на ритмичное дыхание; физические упражнения, способствующие мышечной релаксации, специальные занятия, на которых обсуждаются психологические причины избыточной массы тела, в частности роль эмоциональной напряженности и тревожности, и создается или подкрепляется мотивация для снижения избыточной массы тела.

Одним из заболеваний, относящимся к основной группе психосоматической патологии, является бронхиальная астма. При всей сложности ее патогенеза в значительной части случаев важное место в нем занимает нервно-психический фактор (зависимость приступов от психоэмоциональных воздействий, времени суток, определенной обстановки и др., то есть наличие условно-рефлекторного механизма возникновения приступов). Поэтому при бронхиальной астме, особенно с учетом терапевтической резистентности ее у ряда больных, показана психотерапия либо самостоятельно, либо в системе комплексного лечения. Применение гипнотерапии у больных бронхиальной астмой позволило не только подтвердить эффективность этого метода при данном заболевании, но и выработать определенные показания к направлению больных на гипнотерапию: 1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых инфекционные очаги ликвидированы, а астматические приступы тем не менее продолжают возникать); 2) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также желание лечиться гипнозом; 3) отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания; 4) наличие у больного условно-рефлекторного механизма возникновения повторных приступов (Буль). Введение психотерапии в систему лечебно-восстановительных мероприятий при бронхиальной астме способствует не только улучшению состояния больных, но и профилактике рецидивов, так как восстановление нарушенных отношений пациентов и полноценности их социального функционирования выступает в качестве важного звена предупреждения дистрессов, нередко играющих существенную роль в возникновении и течении бронхиальной астмы. С этой целью применяются различные методы психотерапии: гипнотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия (индивидуальная и в группе пациентов), групповая психотерапия (Филиппов). В психотерапии больных бронхиальной астмой важное значение приобретает воздействие на алекситимический радикал в структуре преморбидной личности, а также на вторичную психопатологическую симптоматику, обусловленную заболеванием.

Для больных бронхиальной астмой со стереотипным протеканием приступов удушья или с затрудненным дыханием, нередко обусловленными отрицательным воздействием на больного поведения членов семьи, существенное значение наряду с суггестивным и поведенческим методами имеет семейная психотерапия. Не сводя сложный многофакторно обусловленный этиопатогенез бронхиальной астмы к нарушению одних лишь внутрисемейных отношений, как это нередко представляется в психосоматической литературе, отечественные авторы справедливо отмечают, что семейная психотерапия создает условия для замены патологических психологических защитных механизмов на более зрелые и конструктивные и в этом плане выступает как важный элемент личностно-ориентированной психотерапии при бронхиальной астме.

Обширная литература посвящена применению гипнотерапии, аутогенной тренировки, групповой психотерапии и других методов при желудочно-кишечных заболеваниях, прежде всего при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекают психологические аспекты ревматоидного артрита и возможность использования и эффективность психотерапии при этом заболевании. Известно, что тяжелые стрессовые воздействия сопровождаются подавлением иммунокомпонентной системы, в то время как стабилизация психического состояния приводит к позитивным сдвигам в ней. В психотерапии ревматоидного артрита применяются методы саморегуляции (биологическая обратная связь по температуре или электрической активности мышц в сочетании с релаксационными упражнениями) и различные поведенческие подходы, конечная цель которых сводится к обучению пациентов лучше справляться с болью.

Не касаясь многих других соматических заболеваний, при которых психотерапия уже сегодня становится важным компонентом комплексного лечения, следует указать на особенности ее при хронических соматических заболеваниях. В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, то есть хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше.

Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его функциональных ограничений (реакция семьи, уменьшение социальной сферы активности, ущерб профессиональной работоспособности и т. д.) грозит превращение в «неполноценного», в инвалида.

В противодействие хроническому заболеванию существуют две стратегии поведения — пассивная и активная. Больной должен осознать общее изменение жизненной обстановки и попытаться активно преодолеть препятствия с помощью нового, приспособленного к заболеванию образа жизни. Требование «жить вместе с болезнью» легче, однако, декларировать, чем соблюдать, и это приводит к тому, что многие люди реагируют на изменения своего функционирования, вызванного болезнью, такими психопатологическими расстройствами, как страх, апатия, депрессия и др. К пассивному поведению относятся защитные механизмы: реакции преуменьшения серьезности болезни типа игнорирования, самообмана, рационализации или сверхконтроля. Однако ценность этих пассивных попыток преодоления психологических и социальных следствий при длительной болезни часто сомнительна.

Более значимы активные усилия пациента по решению возникших перед ним проблем, связанных с болезнью. Согласно Каллинке, больной должен стремиться к тому, чтобы: смягчать вредные влияния окружающей среды и увеличивать шансы на улучшение состояния, адекватно оценивать неприятные события и факты и приспосабливаться к ним, поддерживать свой собственный положительный образ, сохранять эмоциональное равновесие, поддерживать спокойные, нормальные отношения с окружающими.

Это возможно в том случае, если больной: получает и усваивает необходимую информацию о болезни; ищет и находит совет и эмоциональную поддержку у специалистов, знакомых или товарищей по несчастью (группы взаимопомощи); приобретает навыки самообслуживания в определенные моменты болезни и тем самым избегает излишней зависимости, ставит перед собой новые, связанные с наличием заболевания цели и пытается поэтапно их достигать.

При всей сложности ведения подобных пациентов психотерапевт должен внимательно замечать и поддерживать даже малейшие их попытки самостоятельного решения своих проблем. Это необходимо как для сотрудничества в терапии, так и для предпосылки заново построить семейные, профессиональные отношения, а также по-новому проводить свободное время.

Психотерапевт должен уметь объяснять больному возможные неудачи лечения или прояснять условия жизни, влияющие на течение болезни, когда, например, пациент с помощью близких успешно справляется с новой обстановкой или когда, наоборот, семья мешает больному сосредоточить усилия на борьбе с болезнью. Необходимыми и ценными могут оказаться поддержка и контроль со стороны терапевтической бригады, специализирующейся на лечении хронически больных или пациентов, нуждающихся в длительном лечении Решающее значение в системе лечения соматических больных приобретает правильное соотношение симптоматической, личностно-ориентированной и социо-ориентированной психотерапии, определение целей, задач и

выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов соматического расстройства и его специфики на различных этапах лечения.

Контрольные вопросы

1. У больного с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда большего психотерапевтического эффекта можно ожидать от психотерапии:

1) социо-ориентированной;

2) симптомо-ориентированной;

3) проблемно-ориентированной;

4) личностно-ориентированной.

2. При соматических заболеваниях основными задачами психотерапии являются следующие, кроме:

1) повышения эффективности лечебных воздействий биологической природы;

2) повышения адаптации больных в семье;

3) значительного уменьшения или устранения соматических расстройств;

4) повышения социальной активации больных.

Психотерапия в хирургии.

За последние десятилетия психотерапия активно преодолела психиатрический рубеж и успешно внедрилась в лечебные системы других областей медицины. Это относится и к хирургии. Как известно, хирургическая практика помимо оперативных вмешательств включает предоперационную подготовку и послеоперационный период, консервативное или паллиативное лечение и профилактику. На всех этапах психотерапия находит применение, а выбор ее форм и методов зависит от характера и стадии заболевания.

Первым научно обоснованным методом психотерапии, использовавшимся в хирургической практике, был гипноз. В 1843 г. вышла в свет книга английского хирурга Брэда о нейрогипнологии, в которой впервые был предложен термин «гипноз» для феномена, ранее называвшегося магнетизмом, и, тем самым, началась эра научной гипнологии. Брэд описал возможности гипноза для лечебных целей и, что было особенно важно в тот период, для обезболивания во время операции в связи с обнаруженными в гипнотическом состоянии явлениями анестезии и аналгезии. Операции под гипнозом были и остаются возможными лишь для пациентов, погруженных в глубокий гипноз третьей степени, у которых состояние гипноза ранее вызывалось неоднократно в силу достаточной тренированности.

Родоначальником применения гипноза в России явился Подъяпольский, использовавший еще в период первой мировой войны внушенную аналгезию для общего и местного обезболивания. Им производилось иссечение венозных узлов нижних конечностей, удаление из пяточной кости пули, резекция ребер, резекция носовой перегородки. Многие другие российские гипнотерапевты в сотрудничестве с хирургами участвовали в операциях под гипнозом (Буль, Вельвовский, Платонов, Рожнов и др.). Так, наблюдения Берга показали, что у гипнабельных лиц малые хирургические операции могут производиться при внушенной аналгезии даже в состоянии бодрствования.

Гипноз может использоваться в предоперационном периоде для подготовки пациентов к операции, уменьшения предоперационной тревоги и после операции для уменьшения болевого синдрома, ослабления послеоперационных симптомов, в частности, снятия послеоперационных задержек мочеотделения и дефекации (Свядощ, Шерток).

Следующее наблюдение Буля подтверждает реальность применения гипноза при хирургических вмешательствах.

Больная П., 42 года, обратилась в поликлинику для косметической операции по поводу многочисленных оспин, покрывающих лицо. Проведенные пробы показали хорошую гипнабельность и внушаемость пациентки. С первого сеанса развился гипноз III степени глубины с полной анестезией при пробе на болевую и температурную чувствительность. Больная усажена в кресло, голова откинута назад. Кожа лица обработана. Оператор раскаленной платиновой петлей начал прижигать отдельные оспины. Никаких признаков болевой реакции, пульс 76 в 1 мин. Артериальное давление — 120/ 70 мм. рт. ст. Больная крепко спит: внушено, что она находится на поляне и греется на солнце. Операция с полным прижиганием всех оспин кожи лица закончена в течение 40 мин. Кожа лица обработана и забинтована. Больная дегипнотизирована. На вопросы, как она себя чувствует, ответила: «Очень хорошо, доктор!», испытывала ли она боль во время

операции, недоуменно сказала: «А разве все уже кончено?». Довольная отпущена хирургом с соответствующими наставлениями и с указанием, когда нужно явиться на перевязку.

Применение гипноза и внушения в хирургической и других клиниках, связанных с хирургическими вмешательствами (акушерско-гинекологической, оториноларингологической, стоматологической) многократно обсуждалось на международных встречах, где ставился вопрос о более широком использовании гипносуггестивного воздействия. Однако современное развитие анестезиологии и фармакологии при незначительной доле высокогипнабельных пациентов в хирургической практике ограничивает возможность расширенного применения гипнотерапии. Она может использоваться в тех редких случаях, когда больной достаточно внушаем и гипнабелен, а наркоз противопоказан по каким-либо причинам. Более широко может применяться так называемый гипнонаркоз, когда одновременно с внушением дается небольшая доза наркотических средств (как показывает опыт, при такой методике она может быть снижена на 70-80 %).

В травматологии гипноз также находит применение. При обширных ожогах внушением может достигаться обезболивание, что позволяет уменьшить страдания обожженного и дает большую возможность обрабатывать раны при перевязке.

Гипноз может использоваться при такой сложной и мучительной патологии, как фантомные боли. Он уменьшает, а в отдельных случаях и прекращает боль. Когда после гипнотерапии остаются фантомные боли, рекомендуется внушение в бодрствующем состоянии. К нему необходимо прибегать и в случае привыкания больного к гипнозу. Преимущество внушения в бодрствующем состоянии состоит в получении непосредственно во время сеанса обратной информации о реализации внушения. В результате появляется возможность изменить его направленность. Сеансы внушения рекомендуется проводить в светлой комнате, где больной сидит в кресле с надетым протезом или без него. Продолжительность сеанса 10-30 мин, ежедневно, всего от 2 до 8 сеансов. Содержание внушения аналогично гипнотическому: вызывается мышечное расслабление, успокоение, тепло в культе и представление о тепле в отсутствующей конечности, в которой ощущаются фантомные боли, «разработке движений» в отсутствующих суставах этой конечности и т. п. Одновременно с сеансами гипноза и внушения проводится обучение аутогенной тренировке, помогающей больному уменьшать боли самостоятельно.

Психотерапевтическое вмешательство имеет свои особенности в детской хирургии, поскольку дети обладают ограниченными возможностями самоконтроля, управления эмоциями и поведением. Долецкий обращает внимание на особую важность соблюдения деонтологических принципов при лечении детей, страдающих хирургической патологией, на значимость таких личностных черт врача, как спокойствие, приветливость, доброта. Это же распространяется на взаимоотношения врача с родителями и родственниками ребенка, которые решают такие важные вопросы, как согласие на операцию, обследование, осуществляют эмоциональную поддержку, уход за больным ребенком и т. п. В практике детской хирургии используются лечебное внушение в сочетании с лечебной гимнастикой в гипноидных фазах и «гипноз-отдых», заключающий по времени основные формы гипноза. Гипнотерапия проводится индивидуально или с малой группой (чаще 2-3 ребенка). Курс обычно состоит из 6-15 сеансов продолжительностью от 15 до 30 мин, вначале ежедневно или через день, затем 2 раза в неделю, далее 1 раз в неделю. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение:

«Лена О., 13 лет, поступила в клинику по поводу хронической пневмонии. Девочка очень впечатлительная и легко возбудимая, отказывалась от диагностической бронхоскопии. Проведено два сеанса гипнотерапии, во время которых ребенку внушалась безболезненность исследования. На следующий день девочка согласилась на проведение обследования и трахеобронхоскопия под местным обезболиванием была успешно проведена».

Приведенные описания и иллюстрации применения психотерапии в хирургии носят, скорее, исторический характер, поскольку могут быть отнесены к недостаточно дифференцированному и симптомо-ориентированному использованию психотерапии. За последние два десятилетия в нашей стране и, особенно, за рубежом произошли изменения во взглядах на роль и возможности психотерапии, что проявилось в дифференциации и личностной ориентированности применения психотерапии, в том числе и в хирургии.

Михайлова, Зорин убедительно показали нарушение системы отношений личности и возможность психических изменений у лиц, перенесших ампутацию конечностей. По своему воздействию на личность ампутация является тяжелым психотравмирующим фактором, который действует, как правило, на протяжении всей последующей жизни человека. Выделяются две группы факторов, оказывающих негативное влияние: а) объективные — длительность срока после

ампутации, вид и тяжесть дефекта, половые и возрастные особенности больных; б) субъективные, связанные с характером личностной оценки ампутации. В развитии психогенной реакции на ампутацию отмечается три этапа. Начальный этап характеризуется острыми реактивными состояниями в виде подавленного настроения, сопровождающегося разнообразными конкретно-направленными страхами и неустойчивостью социальной ориентации. Эти состояния возникают на 40-80-й день после потери конечности и наблюдаются в течение 3-6 мес. Острый этап начинается после 8-10 мес с момента ампутации, обычно совпадает с началом протезирования и продолжается 2-3 года. Он характеризуется такими личностными изменениями, как постоянное психическое напряжение, склонность к тревожности, фобии, соматовегетативные нарушения, затруднения в общении. Хронический этап — спустя 4-5 лет после ампутации, отличается стойкими изменениями личности, проявляющимися в ослаблении социальных связей, уменьшении самостоятельности и склонности к самоутверждению, снижении уровня потребностей, примирении с положением инвалида, повышении гетеро- и аутоагрессивности, постепенной ипохондризации и декомпенсации преморбидных психопатических черт.

Такие исследования позволяют определить психическое состояние пациента на разных этапах болезни и дифференцированно применять различные методы лечения, включая психотерапию, в комплексе реабилитационных мероприятий. Последние рекомендуются на всех этапах помощи перенесшим ампутацию конечностей: в травматологическом отделении, ортопедической клинике и при последующем амбулаторном наблюдении. Целесообразным считается создание комплексных реабилитационных бригад с участием специалистов по психиатрии, психотерапии, клинической психологии и социальной работе, которые определяют психическое состояние пострадавшего, перспективы протезирования, осуществляют на этой основе психофармакотерапию, дифференцированную психотерапию и социотерапию, участвуют в разработке индивидуальных реабилитационных программ, а также в решении вопросов профпригодности, профориентации и трудового устройства. На этом примере видно более сложное отношение к хирургической патологии, позволяющее рассчитывать не только на успех у отдельных пациентов (как в случае применения гипноза), а на планомерную, порой длительную помощь в соответствии с характером и тяжестью патологии. Применяться может весь арсенал современной психотерапии в различных ее формах, методах и их сочетаниях.

Психотерапия входит в систему лечения психогенных расстройств при косметических дефектах лица в зрелом возрасте (Шамов). Такие дефекты вызывают тяжелые переживания и выраженные психогенные нарушения, клинические проявления которых преимущественно обусловлены преморбидными личностными особенностями пациентов. Формирование невротических расстройств начинается с чрезмерной фиксированности больных на возникшем косметическом дефекте и соответствующих переживаний. Невротические реакции могут принимать затяжную форму течения и в этом случае проявляются невротической депрессией с астеническими, обсессивными и истерическими синдромами, а также в виде декомпенсации преморбидно существующих личностных нарушений. Глубина и выраженность психогенных расстройств определяется реакцией личности на косметический дефект, микро- и макросредовыми воздействиями, временем обращения за хирургической помощью и эффективностью хирургической коррекции. Психотерапия при указанных психопатологических расстройствах применяется в сочетании с психофармакотерапией с момента первичного обращения подобных больных. Более успешной является терапия невротической депрессии с астеническими и истерическими включениями, а менее эффективной — у пациентов с обсессивными и эксплозивными чертами. Используются методы симптоматической психотерапии: гипносуггестивная и рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, как в комбинации методов, так и по отдельности. Лучший эффект дает сочетание рациональной психотерапии с методами внушения или аутогенной тренировки. При наличии личностных расстройств показано применение методов личностно-ориентированной психотерапии, включающей и формы групповой работы с пациентами.

Психотерапия (как симптомо-, так и личностно-ориентированная) используется при восстановительной терапии пациентов, которым проводится почечный гемодиализ и трансплантация почек (Коркина и др.)

Развитие одной из наиболее сложных хирургических дисциплин — кардиохирургии, также поставило перед научной психотерапией ряд вопросов. В предоперационном периоде у кардиохирургических больных часто возникают невротические реакции, которые негативно влияют на течение заболевания, усложняют работу хирургов и анестезиологов и порой заставляют откладывать проведение необходимой операции. Например, психотравмирующая предоперационная подготовка у больных с ревматическими пороками сердца может приводить к

развитию послеоперационных психозов (Ковалев, Шуман и др.). Возникает необходимость в уменьшении эмоционального напряжения, тревоги, страха перед операцией. Условием психопрофилактики и лечения таких осложнений является индивидуальный подход с учетом личностных реакций на предстоящее кардиохирургическое вмешательство, возникающих невротических и неврозоподобных состояний. Описываются (Морозов) три основных варианта отношения пациентов к операции на сердце: 1) по типу сверхценной значимости ожидаемой операции; 2) по типу доминирования идеи о логической необходимости операции; 3) по типу «амбивалентного» невротического реагирования. Для выработки активной личностной позиции, обеспечивающей уверенное и спокойное отношение к операции, применяются различные психотерапевтические воздействия: 1) рационально направленная групповая беседа для всех поступающих; 2) освоение аутогенной тренировки в группе; 3) индивидуальная помощь в аутотренинге при невозможности выбора исходной позы и других неудачах; 4) гипносуггестия с вводной формулой аутотренинга тем, кто недостаточно хорошо его усваивал; 5) повторная рациональная индивидуальная беседа в день извести о дне операции; б) в части случаев — проведение наркогипноза, который возможен при установившемся контакте пациента с врачом и снотворном последствии наркоза; 7) в более сложных случаях — индивидуальная и/или групповая личностно-ориентированная психотерапия; 8) послеоперационная беседа ободряющего и корригирующего характера. Применение направленной комплексной психотерапевтической подготовки позволяет улучшить состояние больных и у 50 % из них изменить стандартную схему медикаментозной предоперационной подготовки за счет уменьшения дозировок и даже отмены лекарств.

На основании изучения психологического статуса кардиохирургических больных разработана (Лауринайтис) более сложная система психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, использующая методы индивидуальной и групповой психотерапии с целью: 1) дооперационной психологической подготовки больных; 2) психокоррекционных мероприятий в ближайшем послеоперационном периоде; 3) психокоррекции в реабилитационном отделении и 4) психологических воздействий в отдаленном послеоперационном периоде.

Онкология имеет тесные связи с хирургией. Психотерапия в этой области хирургии является наиболее разработанной и по многим показателям может считаться эталонной для других видов патологии. В этиопатогенезе новообразований существенную роль играют психические факторы, поэтому значение психотерапии в комплексе мер по повышению неспецифической сопротивляемости организма признается многими исследователями.

В одних случаях у больных с опухолевой патологией психотерапия используется лишь для создания благоприятной психологической обстановки, при этом могут проводиться индивидуальные и групповые психотерапевтические беседы с больными; в других случаях широкий арсенал психотерапевтических методов может быть направлен на решение лечебно-реабилитационных задач, содержание которых определяется этапом болезни, ее выраженностью и прогнозом.

В период онкопрофилактики может применяться аутогенная тренировка, методы поведенческой психотерапии. В начальный, диагностический период, когда больные испытывают тревогу и страх, целесообразна рациональная психотерапия, направленная на успокоение больного, его активирование, формирование более адаптивного отношения к болезни и лечению. В тяжелых случаях при наличии гипнабельности показана гипнотерапия. В период сложных переживаний онкологических больных перед операцией также считается показанной рациональная психотерапия, приемы самовнушения, направленные на устранение страха, вселение уверенности в успех лечения. В послеоперационный период психотерапевтические задачи определяются состоянием больного и дальнейшим лечением. С больными, получающими лучевую терапию, психотерапевтические мероприятия, направленные на коррекцию эмоционального состояния, устранение побочных эффектов лечения, проводятся индивидуально и в группе. Помимо указанных выше, используются такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «лечебная перспектива», «анонимное обсуждение». В запущенной стадии этих заболеваний применяются методы психотерапии, способствующие ослаблению болей, улучшению сна, включающие как важный компонент эмпатическое, сопереживающее отношение к больному.

Знание психического состояния онкологических больных (Гнездилов) до и после операции, особенностей их «внутренней картины болезни», психологических защитных механизмов, процесса формирования «синдрома изоляции» позволяет также использовать отдельные элементы личностно-ориентированной групповой психотерапии, как в лечении этих больных, так и в психопрофилактической работе с ними.

Проведение групповой психотерапии обеспечивает взаимную моральную поддержку пациентов, обмен собственным опытом адаптации к своему заболеванию и нахождения альтернативных путей преодоления эмоционального напряжения и проблем, вызванных болезнью. Групповая психотерапия даже с безнадежно больными пациентами с метастазами рака может быть эффективным средством, поддерживающим больных и позволяющим им преодолевать стресс путем совершенствования адаптации к эмоциональным расстройствам, сопровождающим заболевание. Открытая конфронтация со смертью позволяет пациенту ориентироваться не на прошлое или будущее, а на настоящее — на «жизнь», а не на «смерть»; уходит страх быть униженным, попасть в трудную ситуацию, поскольку «рак излечивает неврозы». Сложная роль психотерапевта в этих случаях требует интеграции с ситуацией умирающего больного, умения не отделять больного от себя — не разделять понятия Я и Вы. Группы поддержки больных и их семей, ранняя психотерапевтическая помощь могут существенно снизить риск возникновения выраженных и не поддающихся коррекции психологических и психопатологических реакций на заболевание раком.

Представляют интерес исследования известного психолога и психотерапевта Айзенка и его сотрудников, убедительно подтвердивших роль психотерапии в онкологии. Исследования проводились с учетом копинг-механизмов пациентов, включали индивидуальные и групповые формы поведенческой психотерапии и копинг-тренировки. Под наблюдением находились здоровые люди, по результатам специальных психологических исследований предрасположенные к заболеванию раком легкого. Испытуемые были разделены на пары, состоявшие из лиц одного пола и возраста. Далее методом случайного выбора одного из пары направляли в психотерапевтическую группу, с другими же психотерапевтические занятия не проводились. Через 13 лет в контрольной группе от рака легкого умерло 16 человек, в экспериментальной (в которой проводилась психотерапия) — ни одного. В контрольной группе заболел раком легкого 21 человек, в экспериментальной — 13. Смертность по другим причинам составила в контрольной группе 13 человек, в экспериментальной — 5. Исследования подтвердили эффективность психотерапии в профилактическом плане. Исследовалась также возможность продления жизни неизлечимым онкологическим больным с помощью психотерапевтических методов. Больные были разделены попарно. С одним пациентом из пары проводилась поведенческая психотерапия, другой пациент получал лишь общепринятое лечение. Средняя продолжительность жизни (с момента наблюдения) составила у первых более 5 лет, у вторых — более 3 лет. Близкие результаты были получены при поведенческой психотерапии женщин в терминальной стадии рака молочной железы. Физиологические процессы в организме находятся под выраженным влиянием психологических воздействий (в стрессовых ситуациях, в частности, повышается содержание кортизола в крови, что оказывает негативное влияние на деятельность иммунной системы).

Особые условия работы в онкологической клинике требуют специальной подготовки врачей и среднего медицинского персонала. В семинарах для врачей и медицинских сестер основное внимание уделяется чувству озабоченности и тревоги, возникающему при работе с раковыми больными; приемам работы с умирающими; пониманию группой того, что она трудится в сложнейшей области медицины.

Метод Бансона является вспомогательным в общем комплексе психологической помощи больным в конечной стадии раковых заболеваний и делает возможным интенсивное воздействие на психофизиологические реакции больных при наличии панических состояний и болевых синдромов, которые не удается снять медикаментозными средствами. Метод основан на специфике психодинамического статуса терминального больного, у которого меняется состояние сознания и приоритеты. То, что прежде было несущественным, становится вдруг важнейшим, вспоминаются давно забытые события и кажутся более современными, чем реальность. Изменяется восприятие времени, обычно исчезает его линейность. Обостряется метафоричность восприятия и мышления, больные в большей степени сосредоточены на своих сновидениях и фантазиях, приобретающих характер реальности. Усиленный интерес к будущей жизни чаще выражается различными метафорами и символами. Масштабы времени и пространства в существенной мере теряют реальный и практический характер. Такие изменения в сознании больных, как правило, совершенно непонятны для обслуживающего персонала, который трактует их как проявления спутанности. В то же время понимание их позволяет психотерапевту проникнуть во внутренний мир больного, в котором важнейшие сообщения часто «переодеты» в метафоры и символические образы. Психотерапевт может расшифровывать мысленные зрительные образы, вырастающие из бессознательных переживаний больного. Если при проработке сновидений, фантазий и «бессмысленных» сообщений пациента значимый образ находится психотерапевтом, то дальше он может с ним активно работать. С помощью неглубокого гипноза или в состоянии бодрствования на фоне имеющегося уровня сознания, с использованием своих направленных

ассоциаций, психотерапевт погружает больного в эмоционально положительно окрашенные и избавляющие от мучений состояния. Действенность этого погружения определяется индивидуальной значимостью для больного найденного образа. На начальных этапах психотерапии часто используются надиндивидуальные образы (пляж на берегу красивого озера, горный луг летом и т. п.). К индивидуальным особенностям приближает, например, детская комната в родительском доме. Из мира животных пациенты часто предпочитают дельфинов, с которыми путешествуют в подводном царстве. Продуцируемые больными образы могут принимать неприятный, агрессивный характер (змеи, драконы, хищные растения), что позволяет добиться катарсического эффекта.

Действенным психотерапевтическим фактором метода является не столько суггестивно успокаивающий больного образ, сколько психологическая поддержка, оказываемая психотерапевтом благодаря той интимности общения и взаимопонимания, которая достигается при нахождении эмоционально значимых для больного образов.

К сфере хирургии может быть отнесена психотерапия при таких психосоматических заболеваниях, как ишемическая болезнь сердца или язвенная болезнь желудка, которые нередко заканчиваются хирургическим вмешательством по поводу стеноза коронарных артерий или прободения язвы желудка. Особенности психотерапии при данной патологии представлены в разделах, посвященных психотерапии при соматических расстройствах.

Как и при других заболеваниях, в хирургической клинике включение психотерапии в систему комплексного лечения больных определяется правильным соотношением личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, уточнением целей, задач и выбора конкретных психотерапевтических техник и методов с учетом клинических, психофизиологических, психологических и социальных механизмов заболевания на разных его этапах.

Контрольные вопросы

1. Первым научно обоснованным методом психотерапии, использовавшимся в хирургической практике, был:

1) гипноз;

2) аутогенная тренировка;

3) психоанализ;

4) групповая психотерапия.

2. Современные изменения во взглядах на роль и возможности психотерапии в хирургии связаны с:

1) дифференциацией ее применения;

2) личностной ориентированностью психотерапии;

3) расширением числа ее методов за счет нетрадиционных, недостаточно научно обоснованных;

4) нецелесообразностью ее применения из-за появления эффективных аналгезирующих и психотропных препаратов.

3. Научное применение психотерапии в хирургии основывается:

1) только на знании показаний и противопоказаний к применению ее методов;

2) на учете лишь личностных черт пациента;

3) только на понимании характера заболевания и этапа его развития;

4) на всех трех вышеперечисленных факторах.

4. Современные исследования возможностей применения психотерапии в онкологии подтверждают:

1) ее неэффективность;

2) ее психопрофилактический, лечебный или продлевающий жизнь эффект;

3) целесообразность замены ею хирургически обоснованного оперативного вмешательства;

4) ее негативное влияние на течение онкологического заболевания из-за отказа пациентов от современных традиционных форм лечения.

Возрастные аспекты психотерапии.

Психотерапия у детей и подростков.

На течение психических заболеваний в детском и подростковом возрасте влияет множество факторов: наследственность; закономерности течения заболевания; ход индивидуального развития (рост, созревание, индивидуализация, формирование, обучение); возраст и пол; системные влияния (психотерапия и другие виды помощи); «случайные события» (жизненные события, факторы окружающей среды); факторы риска; защитные факторы самого ребенка и его окружения.

Под защитными факторами понимают воздействия, способные задержать, смягчить или предотвратить проявление заболевания, причем они не обязательно сопровождаются положительными или радостными переживаниями. Эти факторы могут различным образом взаимодействовать: суммироваться, взаимно исключаться или дополнять друг друга.

Насколько равноценно расстройство? При равных причинах и при одинаковых отягчающих обстоятельствах не у всех детей возникают психические заболевания. Например, у ребенка с неврозом навязчивых состояний возможен риск хронизации заболевания в случае алкоголизма отца в большей мере, чем у ребенка с подобной отягощенностью, но в гармоничной семье.

В подростковом возрасте особенно сложно определить, является ли то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития, особенно в случае так называемых кризисов взросления, которые могут со временем развиться в психическое заболевание или полностью компенсироваться. Многими детскими психиатрами высказывается точка зрения на нарушения поведения и психические расстройства, как неспособность ребенка создать эффективные механизмы преодоления трудностей, уход от решения проблем в пассивное, дисфункциональное псевдоадаптивное или дезадаптивное поведение (Попов). Сложность клинической диагностики в настоящее время связана и с патоморфозом психических расстройств. Помимо изменения степени тяжести, одним из его проявлений является обнаружение у пациентов сочетания нескольких психических расстройств — коморбидность.

Диагностика заболеваний стала значительно сложнее, применение многоосевого кода и постановка многомерных гипотез детскими и подростковыми психотерапевтами облегчает эту задачу. Выявление нескольких расстройств очень важно для последующего планирования сроков и методов психотерапии, иерархического построения психотерапевтических программ.

Психотерапия периода взросления должна отвечать специфическим потребностям этой жизненной фазы. В частности, оправдали себя следующие принципы (Эйдемиллер, Кулаков, Ремшмидт).

1. *Критерий необходимости проведения психотерапии* при психических расстройствах детского и подросткового возраста — выявление отклонений, угрожающих нормальному возрастному развитию ребенка, и в том случае, когда энергия пациента тратится на преодоление внутренних и внешних конфликтов, а не на выполнение задач развития.

2. *Объем и выбор последовательности психотерапевтических вмешательств* зависит от степени выраженности симптоматики, наличия внутриличностных и/или межличностных конфликтов, физического состояния пациента, продолжительности нарушений, количественных и качественных отклонений в эмоциональной, поведенческой, мотивационной сферах, искажения образа Я, дисфункциональных семейных отношений, мотивации на работу, субъективного отношения к имеющимся нарушениям (эго-синтонное, эго-дистонное), возможности и желания микросоциального окружения к изменениям. В случае сочетания нескольких расстройств у одного пациента следует ранжировать актуальность проблем для него и его семьи.

3. *Индивидуальная и групповая психотерапия у детей и подростков* учитывают следующие моменты: направленность на конкретное содержание, учет актуальности проблемы для пациента; необходимость тщательной обработки информации; разграничение целей работы с ребенком и родителями; оценка личностных ресурсов, которые могли бы стать резервом для усиления стратегий совладания с трудностями (копинг-механизмов); директивный стиль проведения занятий и активность психотерапевта; выбор адекватной формы проведения психотерапии. Определенные психотерапевтические методы должны применяться при определенных типах расстройств. Это означает, что различные психические заболевания у детей и подростков следует лечить с помощью разных методов. Принцип специфичности требует выбора такого метода воздействия, который наиболее приемлем и эффективен именно при данном варианте патологии. Может быть назначена комбинация нескольких форм психотерапии, которые в конкретном случае имеют наибольшие шансы на успех.

4. *Гибкость терапевтической тактики.* Психотерапевт не должен действовать по схеме. Следует обсуждать с пациентом то, что его интересует, если этого требует ситуация. Иногда необходимо прибегнуть к обсуждению проблем в ходе совместной прогулки. Психотерапевт должен отказаться от дистанции в общении, активно вторгаться в процесс лечения, и, поддерживая в целом благожелательную и открытую атмосферу, твердо отстаивать свою точку зрения.

5. *Соответствие возрасту и уровню развития.* Подростки с характерной для них боязнью неудачи тяжело переносят фрустрацию в ходе психотерапии. Она может возникнуть в результате слишком высоких требований врача к вербальным способностям пациента, к его фантазиям, вследствие долгих пауз в разговоре, в результате морализаторских оценок или подавляющего стиля психотерапевта.

6. *Усиление функций Я и осторожность в работе с регрессией.* Важная задача психотерапии детей и подростков — усиление Я пациента. В то же время допускать регрессию поведения необходимо. Следует исходить из целей приспособления к реальности, овладения ею, поэтому нужно избегать затяжных регрессий поведения с сильной актуализацией инфантильных желаний.

7. *Предоставление коррективного эмоционального опыта.* Обсуждая с психотерапевтом обстоятельства своей жизни, пациент получает возможность приобрести новый эмоциональный опыт. Предпосылкой возникновения такого опыта служит установка врача на специфические возрастные проблемы, с которыми ребенок мог прежде и не сталкиваться.

8. *Сочетание индивидуальной психотерапии с другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной.* Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы. С другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с ровесниками. Психотерапия у детей и подростков не может не быть интегративной, так как постоянно идет параллельная психотерапевтическая работа с родителями. Система психотерапии интегрирует не только понятия индивидуальной психологии и системного подхода, но и все то многообразие позиций, которое характерно для каждого из них. Тем самым учитываются психоаналитические и когнитивно-поведенческие представления, достижения структурной, стратегической семейной психотерапии, нарративного подхода. Психодинамические конфликты поддерживаются взаимоотношениями членов семьи, а попытки подростка и его родителей справиться с эмоциональными и поведенческими расстройствами препятствуют успешному разрешению конфликтов.

9. *Подключение семейной психотерапии,* нацеленной на устранение нарушений границ между семейными подсистемами, разрешение семейных конфликтов приводит к снижению частоты рецидивов психических и поведенческих расстройств. Задачей семейной психотерапии у детей и подростков часто служит не решение всех семейных проблем, а только относящихся к «проблемному» пациенту. При формулировании психотерапевтического запроса психотерапевт нередко ограничивается уровнем осознания родителями себя как неэффективных в родительской роли.

10. *Создание наилучших условий для проведения психотерапии.* Это предполагает решение трех вопросов: где проводить лечение (в стационаре или на дому); какой подход (индивидуальный или групповой) использовать; какими должны быть сроки психотерапии (долгосрочная, краткосрочная). Эти проблемы всегда следует решать, опираясь на данные об эффективности отдельных методов и учитывая возможности создания доверительных отношений с ребенком, подростком и семьей.

11. В интегративной психотерапии подростков необходимо выполнить основные задачи: блокирование симптомов нарушенного поведения путем использования комплексных вмешательств; прояснение неосознаваемых конфликтов, являющихся причиной появления симптомов; решение семейных проблем системного характера, связанных с эмоциональными и поведенческими нарушениями у ребенка, а также совершенствование копинг-стратегий.

Для обучения детских и подростковых психотерапевтов концептуализации и планированию психотерапии приводим модифицированную схему стратегической модели Оудсхоорна. При ее использовании любую проблему можно представить в виде 6 уровней. Каждый уровень отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Этот подход является мультимодальным, соотносится с многоосевыми классификациями психических расстройств, при его применении психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу.

Повод обращения (Жалобы). 1. Жалобы, которые беспокоят пациента или родителя в момент беседы с врачом. Например, головные боли или манкирование учебой. 2. Жалобы, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез возникает 1 раз в месяц, снижение успеваемости в конце учебного года. 3. Жалобы, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление тиков после критики матери, манкирование учебой при получении двойки).

При планировании психотерапевтических мероприятий следует распределить жалобы и данные клинико-психологического исследования на уровни.

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего учебу в школе или работу членов семьи, отношения с дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка однокласссниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие психотравмирующие ситуации. Другие примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками, роль «козла отпущения». При анализе демографической информации важно обращать внимание на расу, класс, культурный уровень семьи и сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, которые составляют недоминантную группу (например, член семьи — беженец из Средней Азии или член семьи — «гей»). Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы пациента.

Уровень 2. Проблемы в семье. Рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение идентифицированного пациента анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза, структуре семьи, иерархии, сплоченности, границам, коммуникации, треугольнику как единице оценки семьи, коалициям, стадии жизненного цикла, семейной истории, горизонтальным и вертикальным стрессорам; определяются функции симптомов в семейной системе (морфостатическая функция, морфогенетическая функция), выясняются их «коммуникативные метафоры».

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории научения (связь между иррациональными установками и поведением): контакт; невербальные признаки коммуникации; пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение; развитость социальных навыков; характеристика сферы общения пациента; самооценка — адекватная, низкая, завышенная; способность к адаптации, устойчивость к стрессу; мотивы поведения (особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии; обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы; выяснить блокировку основных потребностей; определить временную перспективу); выявить суицидные мысли и намерения; найти ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты. Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны; аффекты (следует особо описать такие аффекты, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия); защитные системы (наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения). Следует также учитывать фазы и периоды психического развития (по Ковалеву и Эльконину, З. Фрейду и А. Фрейд, Э. Эриксону, Кернбергу), своевременное их прохождение ребенком, соответствие симптоматики возрасту.

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства. На этом уровне формируются длительные и глубинные отклонения. Это касается различных аспектов как «искаженного», так и «поврежденного» развития: аутизм, ядерные психопатии, психогенные формирования личности (краевые психопатии), а также специфические аномалии развития. Характеристика степени личностной зрелости; психоаналитическая диагностика личности; уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический); «условная приятность» симптомов. Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство).

Уровень 6. Биологические нарушения. Формулируется гипотеза, согласно которой биологические факторы (отягощенная наследственность, пре-, пери- и постнатальные поражения ЦНС) являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Физические болезни и их влияние на становление личности. В этих случаях в основном оказывается медикаментозная помощь.

При составлении или написании клинико-психотерапевтического заключения необходимо получить информацию о мотивации пациента и семьи к изменениям. Подчеркнуть наиболее важные проблемы, которые могли бы послужить «мишенями» психотерапии. При планировании психотерапии — отметить цели психотерапии, ее этапы, возможные терапевтические методики в начале работы со всей семьей и отдельным ее членом; число сеансов.

Уточнение запроса. Как создать мотивацию «Что делать?».

Потребность в любом виде лечения и отсутствие рецидивов в дальнейшем будет зависеть от системной оценки проблем в различных областях: в семье, школе, межличностном общении, в индивидуальном психологическом функционировании, в мотивации на лечение. Повысить мотивацию подростка на изменение может неподдельный интерес к его личности, приведение примеров из практики. Дополнительным моментом в создании мотивации служит обсуждение с пациентом данных психологического исследования. Нередко в процессе психодиагностики выясняется, что родители нуждаются в большей степени в помощи и поддержке, чем непосредственно сам ребенок.

Планирование лечебных мероприятий не должно ограничиваться лишь узким кругом психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, чаще всего следует рассматривать всю совокупность возможных медицинских, психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, предполагая возможность их одновременного использования.

Специальное планирование психотерапии охватывает следующие вопросы:

1. *Основное содержание:* в чем заключается смысловой акцент психотерапии?

2. *Методический подход:* как могут быть достигнуты поставленные цели, какие психотерапевтические методы наиболее подходят для этого?

3. *Организационная форма проведения и интенсивность:* каков должен быть персональный состав при проведении психотерапевтических занятий?

4. *Согласованность компонентов психотерапии:* как могут сочетаться между собой выбранные методы и места их проведения?

Следующий пример иллюстрирует указанные принципы интегративного подхода в психотерапии подростка с эмоциональными и поведенческими проблемами. Использовались следующие методы: клинико-биографический метод (исследование истории жизни пациента); постановка многомерных гипотез при планировании психотерапии; проведение функционального поведенческого анализа; наблюдение в процессе семейной, индивидуальной, групповой психотерапии; экспериментально-психологические методы.

Отец Ани, 16 лет, обратился в подростковый медицинский центр с жалобами на побеги дочери из дома, ее конфликты с родственниками и ровесниками, повышенную обидчивость и ранимость, нарушения сна.

Семейный анамнез. В семье матери прадед страдал психозом, что представляло семейную тайну. Прабабушка, по национальности грузинка, была властной, пыталась все время контролировать своего мужа и всю семью. Бабушка тоже была властной. Ее муж страдал раком, умер в возрасте 58 лет. Мать подростка — единственная дочь в семье. Анна родилась от второго брака матери. В первом браке у матери детей не было.

О прародителях со стороны отца известно следующее: дедушка умер в 45 лет от инсульта, бабушка трагически погибла год назад в результате разбойного нападения на даче.

Брак между родителями был заключен по «разуму». Отец с матерью одно время мигрировали по стране. Анна родилась в Казахстане. У ее матери три года назад был роман с мужчиной, который трагически погиб. После сильных переживаний из-за его смерти у нее развился алкоголизм с запойным течением. Со слов матери, это был «уход от жизни, уход от себя». Муж о связи жены с другим мужчиной догадывался, но после того, как тот погиб, «простил» жену. Год назад под давлением супруга жена прошла процедуру кодирования по поводу своего «расстройства» с ремиссией в течение года. Супруги часто ссорятся между собой, особенно из-за воспитания детей. В семье существует две коалиции: мужская и женская (отец—сын, мать—дочь). Конфликты возникают в результате столкновений полярных принципов в сфере семейных ролей. Сложилась следующая циркулярная последовательность событий. Когда Анна ссорится с братом,

отец вмешивается в их конфликт и неосознанно его обостряет, выступая на стороне брата. Мать защищает дочь. Супруги отдаляются друг от друга. Из межличностного конфликта он становится внутрисемейным. До «кризиса» у матери с дочерью регистрировалась «симбиотическая связь». Семья проживает в отдельной трехкомнатной квартире, в которой производится ремонт. Заработок отца нестабилен, зависит от заказов. Испытывает легкую депрессию в связи с фрустрированной потребностью в самореализации. Мать работала в частной школе. Сейчас уволилась и сидит дома, занимается детьми.

Анна является старшей дочерью в семье, кроме нее в семье есть младший брат Антон, 15 лет.

Анамнез жизни и появления проблем. Анна родилась недоношенной. С рождения регистрировалась энцефалопатия. Поздно начала говорить, не было периода ползания. До школы постоянно наблюдалась невропатологом, принимала различные препараты. Детские дошкольные учреждения не посещала. Требовала к себе постоянного внимания из-за слабого здоровья. Поступила в первый класс частной школы — туда, где работала мать. С первых дней обучения не могла ужиться в классе: не могла никому дать отпор, обижалась на учеников. Проучилась там до 9-го класса. Затем поступила в педагогический колледж, где была встречена учениками агрессивно. Не переносила их шуток, смеха, все принимала на свой счет. В этот период погибает бабушка, которая оказывала девочке поддержку, обострились отношения с братом, что послужило запуском ее девиантного поведения. Стала убегать из дома, пребывала иногда в сомнительных компаниях, нередко ее жизнь подвергалась опасности. Сообщала родителям, что она жива-здорова, по телефону или на пейджер. В один из побегов сама случайно дала отцу сообщение на пейджер, перепутав номер (хотела дать информацию о себе своему приятелю): «Я у метро Московская. Жду тебя в 17 часов. Анна». Была удивлена, увидев отца на месте встречи, и согласилась поехать с ним домой. Семья обратилась за помощью к психотерапевту.

В начале первого интервью в контакт вступает с опаской, по мере присоединения психотерапевта интерес к общению возрастает. С удовольствием рассказывает о своей жизни, акцентируя внимание на волнующих ее темах: отношения с братом, непереносимость и страх вхождения в новый коллектив, страх осуждения, кошмарные сновидения с покойницей-бабушкой, навязчивые представления попасть под машину после пережитого месяц назад наезда автомобиля. Фон настроения неустойчивый: настроение то приподнятое, то плохое, часто меняется от внешних причин.

Личность девушки представляется незрелой, что находит свое отражение в отношениях со сверстниками, особенно с молодыми людьми (пассивность, доверчивость, болезненная исполнительность). Самооценка низкая: «Чувствую себя тряпкой».

С трудом сформулировала три положительных качества: доброта, отзывчивость, доверчивость. Одной из причин появления своих проблем пациентка назвала недостаток отцовской (мужской) ласки. Выявлены ресурсы: любовь к маленьким детям, умение готовить, верность своим друзьям.

Мотивация на проведение психотерапии высокая. Четко сформулировала цели психотерапии: «Хочу жить в семье, наладить отношения с родителями, пойти опять учиться». Каким способом решать проблемы, не знает, лучший вариант видит в индивидуальных беседах.

Экспериментально-психологическое исследование. Использовалась методика жизненного стиля (HIS). Получены следующие результаты. У Ани — высокие показатели по регрессии (11 баллов), проекции (12), замещении (10), у матери — регрессии (7), замещении (6). Отец по методике «Анализ семейных взаимоотношений» имеет высокий показатель по шкалам «неустойчивый стиль воспитания», «проекция нежелаемых качеств». В ходе одной из индивидуальных встреч у пациентки после заполнения Стенфордского опросника застенчивости по результатам исследования установлены высокие показатели общей неуверенности.

Гипотезы появления проблем пациентки с позиций системного, психодинамического, когнитивно-поведенческого, биологических подходов выглядели следующим образом.

Биологические нарушения: в анамнезе отмечены нарушения темпа развития, связанные с органическим поражением ЦНС. Девочка в детстве наблюдалась неврологом, получала медикаментозную терапию.

Проблемы с внешним социальным окружением. Семья в детстве часто мигрировала. Девочка не посещала дошкольные учреждения, курс начальной школы прошла в частном заведении с малым количеством учеников под материнской опекой. Не выезжала самостоятельно в детские лагеря, общение с ровесниками было ограничено.

Исследование семейной системы. Семья представляет собой дисфункциональную систему с нарушенными границами между подсистемами. Коммуникативный стиль также искажен. Члены семьи говорят на повышенных тонах, нет уважения к правам и мнению друг друга. Существует

женская и мужская коалиция. За короткий промежуток до начала проблем у девочки был горизонтальный стрессор: увольнение матери из школы и начало ее алкоголизации, и семейная травма — смерть бабушки. При исследовании «нарратива» (повествования, в котором отражаются лингвистические, культурные, мифологические особенности семьи) обнаружено следующее: мужчины по линии отца носят одни и те же имена, женщин называют в честь бабушек. В семье матери в трех поколениях ведущая тема — борьба за власть между мужчинами и женщинами. От униженного положения у прадеда возник психоз, у дедушки — психосоматическое заболевание, у матери — алкоголизм, у Анны — девиантное поведение (уходы из дома). В семье отца существует принцип: «Мужчины должны быть на первом месте». Эта установка проявляется таким образом, что они не терпят противоречий, критики в свой адрес, не считают необходимым разделять работу по дому. Таким образом, исследование тем и метафор служит стратегической линией для системных и психодинамических гипотез.

Психодинамические гипотезы. В семье существует предание о том, что Аню несколько первых месяцев ее жизни отец вообще не брал на руки. Это свидетельствует о фрустрированной потребности в принятии ее отцом. Внимание и забота отца сконцентрирована на сыне. Конфликты с братом возникают в результате ревности и ненависти к нему. Вытесненные отрицательные эмоции проявляются в периодических кошмарных сновидениях. Имеется симбиотическая связь с бабушкой. Девочка предъявляет незрелые психологические защиты в виде регрессии, проекции, интроекции, замещении. Побеги из дома соответствуют более младшему возрасту. Возможно, Аня наследует психологические защиты и жизненные установки матери, так как с матерью существует тесная эмоциональная и психологическая связь, основой которой является противостояние мужчинам в семье. Как и мать, Аня, находясь в конфликте с мужчинами в семье, подчиняясь им и не получая одобрения и ласки с их стороны, ищет компенсацию вне семьи. Интервьюирование пациентки и данные психодиагностики показали, что у нее имеются как незрелость, так и зрелость защиты. Уровень развития организации ее личности — невротический. Пациентка готова пройти психотерапию не из-за проблем, связанных с безопасностью или идеями воздействия, а из-за того, что у нее существует внутренний семейный конфликт.

Когнитивные и поведенческие проблемы. У девушки низкая самооценка. Дочь, по-видимому, повторяет стереотип матери в реагировании на фрустрирующую обстановку: уходы матери в алкоголизм, уходы дочери от трудностей в виде побегов — в обоих случаях имеет место аддиктивное поведение со сходной атарактической мотивацией. В контактах с незнакомыми людьми проявляет излишнюю застенчивость, а в качестве формы гиперкомпенсации — «браваду», имидж «крутой девочки». Отсутствие адекватного положительного подкрепления в семье компенсирует за ее пределами в сомнительных компаниях, ранних половых связях.

Сложился ряд иррациональных установок по типу «генерализации»: нельзя прощать обидчику, мужчинам нельзя доверять.

Нарушения развития и личностные расстройства: развитие девочки идет искаженным образом. Анна представляется личностью незрелой, дисгармоничность затрагивает многие сферы ее жизни. Представляет собой группу риска по формированию личностного расстройства мозаичной структуры.

После анализа полученной информации психотерапия спланирована следующим образом. В рамках семейной психотерапии — встреча с каждым членом семьи для обсуждения проблем идентифицированного пациента, индивидуальная психотерапия. Затем — включение подростка в краткосрочную групповую психотерапию в качестве этапа интегративной психотерапии.

Вариант проведения функционального поведенческого анализа использован для системного анализа проблем. Мультимодальный профиль (А. Лазарус) — специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по семи направлениям — BASIC-ID (по первым английским буквам: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs — поведение, аффект, ощущения, представления, когниции, интерперсональные отношения, лекарства и биологические факторы). Использование мультимодального профиля позволяет лучше войти в проблему пациента, оно соотносится с многоосевой диагностикой психических расстройств, дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы.

Основные проблемы пациентки и возможные варианты психотерапевтических вмешательств представлены в табл. 10.

Таблица 10. Мультимодальный профиль пациентки с нарушением поведения

Параметры	Описание	Возможные варианты психотерапии

Поведение	Застенчивость	Поведенческий анализ, индивидуально проводимый тренинг уверенного поведения, групповая психотерапия
Эмоции	Обида на отца, ненависть к брату, ночные страхи	Проработка этих проблем в индивидуальных сеансах психотерапии
Ощущения	Скованность после разговора с незнакомым человеком	Для устранения вторичных телесных проявлений используются на отдельных занятиях приемы телесно-ориентированной психотерапии
Представления	Повторяющийся сон о пережитой ею аварии и картины смерти ее бабушки	Проработка данной проблемы в гештальт-экспериментах, клинических ролевых играх
Когниции	Иррациональная установка генерализации «все парни сволочи, прощать нельзя»	Замена иррациональных установок на рациональные
Межличностные отношения	Отец: физические наказания, поддержка сына Конфликты с братом	Семейные сессии с каждым членом семьи
Лекарства	Нет	Нет

В ходе второй встречи с семьей с помощью приема нарративного подхода в семейной психотерапии — «экстернализация» — удалось отделить понятие «плохое поведение» от личности девушки.

На индивидуальных встречах активно работала над всеми проблемами, выполняла домашние задания. Каждый раз затрагивались и экзистенциальные темы, которые редко поднимались в семье: ответственность, выбор, свобода, смысл жизни. В течение двух месяцев психотерапии девушка медленно продвигалась к эмоциональному благополучию. Следующим этапом было прохождение групповой психотерапии.

Наблюдение в процессе краткосрочной групповой психотерапии. Аня в первые часы была насторожена, опасалась насмешек ребят. На второе занятие пришла без настроения. Во время «обзора событий за день» сказала, что не выспалась. После сильного напряжения, испытанного в группе, ночевала у друзей, сообщив об этом родителям. Извинилась перед ними за свой «срыв». Над своей проблемой работала в четвертый день. В психодраме были воспроизведены сложные семейные отношения. Опять упомянула о наследовании имен в семье. Все мужчины по линии отца, начиная с прадеда и заканчивая младшим братом, носят или носили имя: Антон. Девушку назвали в честь бабушки (опять по линии отца): Анна. Подчеркнула также, что если у нее родится дочка, она будет носить то же (наследственное) имя. При анализе работы группы сообщила, что чувствует себя повзрослевшей.

Во время встречи с отцом, состоявшейся сразу после окончания групповой психотерапии, обсуждались его отношения с детьми. Осознал, что его «дискриминация» по отношению к детям привела к перекосам в их поведении: «Сын тоже стал много из себя воображать, постоянное самолюбование. Избаловал я его».

С девушкой проводилась поддерживащая психотерапия с периодичностью один раз в месяц. Курс психотерапии составил в общей сложности 34 часа и продолжался в течение четырех месяцев.

Поведенческий (проблемный) анализ считается наиболее важной диагностической процедурой в психотерапии у детей и подростков, особенно с нарушением поведения. Информация должна отражать следующие моменты: конкретные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия для поведения-мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (моторика, эмоции, когниции, физиологические переменные, частота, дефицит, избыток, контроль); временные последствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитивные, негативные) и с различной локализацией (внутренние, внешние).

Помощь в сборе информации оказывают наблюдение за поведением в естественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, в ролевой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях.

Цель поведенческого анализа — функциональное и структурно-топографическое описание поведения. Поведенческий анализ помогает осуществить планирование психотерапии и ее ход, а также учитывает влияние на поведение микросоциального окружения.

При проведении проблемного и поведенческого анализа существуют несколько схем. Наиболее отработанная заключается в следующем.

1. Описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Улица, дом, школа — это слишком глобальные описания. Необходима более тонкая дифференциация.

2. Отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в настоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом сеансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту.

3. Выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение.

4. Наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие признаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) мало применимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и количественное описание признаков.

5. Оценить количественные и качественные последствия поведения.

После проведения функционального анализа надо запланировать этапность применения психотерапевтических приемов и проконтролировать сроки отмены назначенного временно некоторым пациентам препарата в начальном периоде психотерапии.

Цель любого психотерапевтического вмешательства состоит не в преобразовании внешней ситуации, не в изменении внешнего окружения, других людей или хода событий, а в преобразовании внутреннего восприятия, которое пациент формирует у себя сам, происходящих фактов, их взаимосвязей и всех их возможных значений. Таким образом, психотерапевтическая работа нацелена на приобретение пациентом нового личностного опыта, перестройку своей индивидуальной системы восприятия и представлений.

Центральная проблема краткосрочных методов, которые сходны с «психотерапевтическим обучением», — определение мотивации пациента. Усиление мотивации к лечению основано на следующих принципах:

— совместное определение целей и задач психотерапии (важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через «Я хочу, а не хотел бы»);

— составление позитивного плана действий, его достижимость для каждого пациента, тщательное планирование этапов;

— проявление психотерапевтом интереса к личности пациента и его проблеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха;

— разработка «повестки дня» каждого занятия, анализ достижений и неудач на каждом этапе психотерапии.

Остановимся на двух наиболее часто применяемых в России методах психотерапии.

Игровая (групповая) психотерапия у детей опирается на основные функции детской игры и применяется, в первую очередь, при психотерапии широкого спектра психических расстройств, нарушений поведения и социальной адаптации у детей. Наиболее известное определение игры принадлежит Э. Эриксону: «Игра — это функция Эго, попытка синхронизировать телесные и социальные процессы со своим Я». Игра с ребенком для установления с ним контакта и как способ вовлечения ребенка в аналитическую работу впервые использовалась А. Фрейд. Изучение детской игры путем наблюдения позволило осознать уникальность способа общения ребенка с окружающим его миром.

Игра была положена в основу метода лечения эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и представляет собой серию межличностных взаимодействий, направленных на следующие цели: отреагирование эмоциональных переживаний, гармонизацию рассогласованных компонентов личности и создание целостной Я-концепции, формирование адекватной самооценки, конфронтацию со своими личностными проблемами, раскрытие своих переживаний и их вербализацию, создание условий для роста и компетентности, получение необходимых коммуникативных навыков, развитие внутреннего источника оценки и обретения веры в себя.

Существуют различные направления игровой психотерапии: недирективная игровая терапия (Экслайн); игровая терапия отреагирования (Леви); игровая терапия построения отношений (Тафтой, Аллен) и др.

Игровое взаимодействие проходит на познавательном, поведенческом и эмоциональном уровнях и осуществляет свое лечебное воздействие через эмоциональную поддержку, обратную связь и игровую активность. В игровой психотерапии распространены следующие правила: нельзя произвольно менять время и место занятий; содержание игр должно соответствовать тем ситуациям, которые бывают в жизни и которые актуальны для пациентов; каждая игра имеет свои правила, понятные ее участникам; формы и цели игры признаются родственниками пациентов.

В процессе игры ребёнок должен чувствовать себя в безопасности и быть принятым — только тогда он приобретает конструктивный опыт взаимодействия с микросоциальным окружением. Игровая психотерапия может осуществляться в индивидуальной и групповой формах.

Показания: неадекватный уровень притязаний, эгоцентризм, неустойчивая самооценка, выраженная неуверенность в своих возможностях, сильная застенчивость, скованность в общении, наличие фобий, формирующиеся тревожно-мнительные черты характера, патологические привычные действия (онихофагия, сосание пальца).

Критерии формирования группы: разнообразие личностных радикалов, психологическая совместимость, закрытый характер группы (все начинают и заканчивают курс занятий одновременно), встречи не реже 1 раза в неделю, возрастная и числовая совместимость. В игровой (групповой) психотерапии у детей существуют сходные с взрослыми группами, хотя и своеобразные процессы групповой динамики.

Групповая динамика состоит из трех фаз. 1. Фаза ориентации. Организация группы как целого организма, чтобы дети захотели играть, сняли эмоциональное напряжение. Наиболее критическая ситуация на этом этапе возникает в случае расторможенности детей (например, при неправильно проведенном подборе группы в нее включено много детей с минимальной мозговой дисфункций). В первой фазе психотерапевт может просто разрешить детям играть. Ребенок должен быть принятым и чувствовать себя в безопасности. 2. Фаза дифференциации (симпатий, активности). Идет кристаллизация групповых ролей. Возможна спонтанная или спровоцированная агрессия на психотерапевта. Наиболее критические ситуации возникают при противостоянии группе одного из участников, выделение двух противоборствующих лидеров. На этом этапе психотерапевт должен перейти от директивной позиции к роли участника группы. 3. Фаза интеграции (зрелая социальная организация). Здесь применимы все игровые приемы, включая клинические ролевые игры для решения проблем участников.

Наблюдение за игрой помогает психотерапевту установить доверительные отношения с ребенком, составить необходимые представления о способностях его к развитию, об эмоциональных конфликтах и стиле общения. Содержание детской игры, степень ее сложности, особенности ее построения, действующие лица, конфликты, беспокойство ребенка, выражение эмоций — все это представляет диагностический «психотерапевтический материал». Выбор тематики игр отражает задачи психотерапевта и интересы ребенка. Сюжеты игр должны носить десенсибилизирующий характер и способствовать реадаптации детей к реальным условиям микросоциума.

Поведение психотерапевта в процессе игровой психотерапии может быть различным в зависимости от его принадлежности к определенной школе. Поведенческие психотерапевты более директивны, тогда как представители детского психоанализа склонны к наблюдательной и интерпретирующей тактике. Предоставление ребенку возможности управлять своей деятельностью, поощрение его за предложения собственных игр, желание поделиться своими переживаниями, недирективность создают больше условий для проявлений инициативы ребенка и способствуют личностному росту.

Групповая психотерапия подростков — сравнительно молодой и развивающийся метод.

В настоящее время подростки не мотивированы на прохождение долгосрочного варианта психотерапии, продолжающегося 2-3 мес, из-за его длительности, необходимости отрыва от учебы или работы. Выполнение лечебных и психопрофилактических задач с ограничением времени заставило искать новые краткосрочные формы.

Успешность достижения поставленных целей и эффективность краткосрочной психотерапии как отдельного метода определялись следующими условиями.

1. Поведенческие и эмоциональные проблемы существуют недавно.
2. Прежняя социальная адаптация была удовлетворительной.
3. Пациенты на этапе подготовки к группе хорошо раскрывались.
4. Собственная мотивация на работу была высокой.
5. Во время первого интервью сформирована реалистичная и достижимая цель.

В ходе групповой психотерапии практически каждый второй пациент детского и подросткового возраста вносит в качестве своей основной проблемы взаимоотношения с родителями или значимыми взрослыми, поэтому краткосрочная групповая психотерапия может использоваться и как этап семейной психотерапии.

С каждым подростком перед началом занятия проводится подготовительная работа, то есть 1-4 сеанса индивидуальной работы в зависимости от степени выраженности психологических проблем, защитных построений. Выясняется круг трудностей, мотивация на изменения, анализируется реестр и степень выраженности иррациональных установок. Формирование мотивации на участие в группе отражается через выражение «я хочу», а не «хотел бы».

Строгое определение целей психотерапевтического воздействия (почему и для чего?) способствует отбору и построению содержания (что?), организации психотерапевтического процесса (как?). Предгрупповая подготовка стимулирует позитивную постановку целей работы подростка в группе, которые он повторяет на первом занятии.

Мотивацию к работе в группе повышают следующие факторы: предоставление положительной «обратной связи» (принятие и понимание проблем подростка); обсуждение распределения ответственности, стимуляция личной ответственности подростка за решение его проблемы; создание уверенности, что психотерапевт будет продолжать поддерживать подростка в случае появляющихся трудностей; договоренность о формах общения, телефонных звонках в период подготовки к работе группы. Такое дополнение принципами когнитивно-поведенческой психотерапии не случайно и важно для подростков, имеющих те или иные личностные девиации, которые возникают на фоне задержанного (инфантилизм) или искаженного развития.

Опыт показывает, что у тех детей и подростков, чьи родители не проявили интереса к занятиям и не взяли ответственность за проблемы, получены худшие результаты. Для повышения эффективности краткосрочной групповой психотерапии родители перед началом занятий приглашаются на специальное собрание. На нем происходит знакомство их друг с другом, определяются их проблемы с детьми, уточняются цели в воспитании детей, предоставляется информация о лечебных факторах групповой психотерапии, о возрастных этапах развития подростков, о признаках гармоничной семьи, анализируются родительские сомнения и опасения в отношении занятий. У родителей после собрания устраняется установка на уникальность проблемы у их ребенка, они становятся «союзниками психотерапевта». Формируется своеобразная «экосистема» (родитель — психотерапевт — ребенок), усиливающая эффект группового воздействия. Устная информация о групповой психотерапии дублируется в письменном виде, которую родители уносят домой, чтобы еще раз обсудить окончательное решение подростка участвовать в психотерапевтической группе (стимуляция принятия равной ответственности за симптом или поведение).

В модели интегративной краткосрочной психотерапии позиция психотерапевта — директивно-обучающая при равном распределении ответственности между участниками группы. Иррациональные установки, внутри- и межличностные конфликты устраняются в процессе наблюдения, проигрывания и анализа экспериментальных ситуаций в группе.

Психотерапевтическая группа служит средством выполнения индивидуальных плановых задач отдельного участника. Свои цели подросток повторяет на первом занятии группы.

Обязателен поиск ресурсов и позитивных сторон личности подростков, расширение временной перспективы. Позитивные техники проходят красной нитью через все занятия групповой психотерапии. Применяются парадоксальные приемы, используются анекдоты и метафоры. Работа с временной перспективой начинается уже с первого контакта с подростком в виде постановки краткосрочных целей, затем постепенно прорабатываются долгосрочные цели. Постоянное внимание к альтернативным формам поведения также вносит определенный вклад в эту работу.

При проведении занятий по интенсивной модели (6-7 дней по 4 ч ежедневно) можно выделить следующие этапы.

I этап — «ориентация» — включает в себя образование группы как целого, знакомство, снятие уникальности проблемы или симптоматики для каждого участника, проигрывание этюдов на снятие эмоциональных блоков, тренировку выражения эмоций. Одновременно применяются проективные психодраматические игры, нацеленные на сбор «психотерапевтического материала», экскурс в личностную историю, а также использование активного воображения, стимуляция образного мышления («Пустыня» — кто или что ты в пустыне; «Магазин подержанных игрушек» — выбрать игрушку и от ее имени рассказать историю — как она попала в этот магазин, приемы символа драмы — «человек в дороге», «прохождение туннеля»). Этому этапу уделяется 1-2 дня.

II этап — «уточнение целей и перераспределение ответственности» — занимает минимум времени, если участники группы прошли серьезную подготовку к групповой работе. В этот период возможна агрессия подростков на психотерапевта. Она искусственно не стимулируется, но и не пресекается. Сплочению способствует общность целей, создание положительной атмосферы в группе. Применяются социографические игры и техники, используются метафоры, приемы шкалирования. Например, опрашивается каждый подросток, какой процент ответственности за решение проблемы он возьмет на себя, а что оставит группе или психотерапевту. Здесь может произойти переформулирование цели, так как во время I этапа подросток может «открыть» ранее не известную ему проблему и хотел бы поработать над ней, а не над той, которую заявил на первом занятии.

III этап — «решение индивидуальных проблем» участниками группы. Используются клинические ролевые игры с акцентом на смену ролей (очень важно для преодоления максимализма подростков), техники гештальт-терапии (игра в проекции, реверс ролевого поведения, «горячий стул», «рондо»), широко применяются парадоксальные игры и техники. В случае сильного напряжения и для эмоционального отреагирования после взволновавшей всех психодрамы или темы полезно подключение медитативных приемов и рисование на заданную тему. Выбор упражнений зависит от превалирования нарушений в той или иной сфере личности (эмоциональной, поведенческой, когнитивной, сфере воображения), определяется также интеллектуальными возможностями подростков. Для подростков актуален динамизм и действие. В отличие от групп со взрослыми участниками такие приемы, как молчание, а также задавание стратегических вопросов не способствуют сплочению, а нередко, наоборот, вызывают недоверие к ведущему группы.

Групповая психотерапия подростков с пограничными психическими расстройствами интегрировала приемы гештальт-терапии, клинических ролевых игр, когнитивно-поведенческой психотерапии. Арттерапевтические техники также активно включаются в групповую психотерапию. Наиболее часто используются проективные рисунки: метафорический автопортрет, «Я» как сообщество, разговор двух «животных» и др. Психотерапевтическая группа является средством расширения возможностей подростка в навыках адаптации. Гештальт-эксперименты позволяют завершить «незаконченные дела» в отношениях, клинические ролевые игры со сменой ролей — побыть на месте «значимого Другого», когнитивно-поведенческие приемы — изменить дисфункциональное мышление и апробировать новые способы поведения.

В ситуациях напряжения группу иногда целесообразно разбивать по 2 или 3 подростка, где пациентам легче поделиться своими чувствами или рассказать о сложном событии. Впоследствии с уменьшением защитных построений они набираются смелости решать проблему в большом «круге».

Копинг-стратегии в психотерапевтической группе. Ряд когнитивно-поведенческих приемов способствует осознанию «психотерапевтического материала», повышению копинг-стратегий. Остановимся на некоторых из них.

Поведенческая репетиция — это техника ролевого исполнения, в которой пациент в данной проблемной ситуации проверяет новые, более эффективные способы поведения. Она основывается на инструкции или словесной подсказке пациенту использовать набор возможных вариантов поведения в данной ситуации. При проигрывании альтернативных вариантов и последующем овладении тренингом самоинструкций пациент обучается совладанию с имеющимися трудностями в реальном мире. Групповая обратная связь — это вербальная оценка других, насколько эффективно пациент сыграл роль или смоделировал ситуацию. Такой прием сочетает в себе использование клинических ролевых игр и проблемно-разрешающего подхода.

Приемы подкрепления. Подкрепление основывается на оперантной теории и включает приемы, в которых результаты данного поведения немедленно сопровождаются вербальной или невербальной поддержкой. В группе пациент получает разного рода подкрепление за выполнение ответственного или уверенного поведения, домашнего задания. В группах, где использовался этот прием, была выше групповая сплоченность. В то же время в поддержке может быть отказано, например, в ответ на нежелательные формы поведения. Наиболее эффективным у подростков оказывался прием дифференцированного подкрепления.

Другого рода оперантные приемы могут включать изменения условий, которые предшествуют или сопровождают данное поведение. Эти приемы относят к контролю стимула.

Приемы когнитивной перестройки. К ним относят те копинг-стратегии, с помощью которых пациент контролирует собственное окружение и собственное поведение, например, самонаставление, самоинструкции. Так подросток со страхом отвержения после проработки своей

проблемы дает группе клятву: «С сегодняшнего дня я настоящий Дмитрий, а это значит, что я могу свободно выражать все имеющиеся у меня чувства взрослому и ровеснику, рассчитывать только на собственные силы. Я сильный, добрый, ответственный парень».

IV этап — подведение итогов. Оценка эффективности работы психотерапевтической группы. При подведении итогов следует сосредоточить внимание на следующих моментах: что дала психотерапевтическая группа каждому участнику, что было сложным, что получилось, какие были желания у подростков в отношении дальнейших шагов. Их необходимо учитывать при планировании следующих этапов работы.

После окончания работы группы проводится повторная встреча с родителями для подведения итогов, исследования возможностей дальнейшей работы со всеми членами семьи в целях семейной реадаптации. При желании родителей они включаются в тренинг родительской компетентности, группу личностного роста, семейную психотерапию. В семьях детей и подростков, где родители параллельно с детьми получили тот или иной вид психотерапевтической помощи, быстрее налаживаются партнерские отношения.

Для пациентов, у которых длительно наблюдаются признаки пограничных психических расстройств, групповая психотерапия служит лишь этапом интегративного вмешательства. Учитывая медленный темп движения к осознанию своих проблем из-за наличия клинической симптоматики и психологической защиты, следует предоставлять подросткам возможность встречаться с психотерапевтом по мере необходимости, организовать группу поддержки, продолжать индивидуальную или семейную психотерапию.

Пример интегративного психотерапевтического вмешательства (сочетание индивидуальной, групповой и семейной психотерапии). Алексей Н., 16 лет, ученик 11-го класса. Обратился с жалобами на страхи, особенно на улице, трудности вступления в контакт с незнакомыми людьми.

Наследственность нервно-психическими расстройствами не отягощена. Беременность и роды протекали без патологии. В раннем детстве часто болел простудными заболеваниями.

Семейный анамнез. Отец по профессии юрист, мать — инженер, сейчас работает в яслях. На прием юношу привел отец, который в основном и занимается воспитанием сына. О супружеских отношениях отец старался не говорить.

С 3 лет мальчик наблюдался у невропатолога по поводу нарушений сна и энуреза. Посещал логопедический детский сад. С 5 до 12 лет состоял на учете в психоневрологическом диспансере по поводу нарушений интеллектуального и речевого развития. Получал аминалон, фенибут. В школу пошел с 7 лет, во время учебы всегда были проблемы общения с ровесниками. Рос замкнутым, боялся и сторонился одноклассников. В раннем подростковом возрасте усилились застенчивость и неуверенность в своих силах и затруднения в общении, нарушился сон, появились мысли о собственной малоценности и суицидные мысли.

С 6-го класса переведен в частную школу, где хорошо успевал по предметам физико-химического цикла.

Общее состояние удовлетворительное, выражены явления психофизического инфантилизма. Консультация терапевта: вегето-сосудистая дистония смешанного типа, хронический дуоденит, дискинезия желчевыводящих путей.

Неврологически: рассеянная микросимптоматика.

Психический статус: крайне застенчив, не сразу вступает в контакт, тревожен, тревога обращена на окружающих. Когда не удается вступить в контакт с ровесниками, появляются спонтанные мысли «я ни на что не годен», но этими мыслями делится только с психотерапевтом. Идеи о нежелании жить возникли 3 года назад, так как стало труднее общаться. Интеллект соответствует полученному образованию, любит технику и электронику, сам собирает различные приборы.

Консультация психолога. Данные обследования личности указывают на наличие выраженной аффективной ригидности, застреваемости на неприятных переживаниях в сочетании с аспонтанностью эмоций, ранимость, зависимость у сенситивно-шизоидной личности. Риск социальной дезадаптации крайне высок. При исследовании мышления обнаружены нарушения по типу снижения уровня обобщений в сочетании с тенденцией к актуализации латентных признаков. Функциональная активность внимания ослаблена. Время сосредоточения в процессе конкретной деятельности сокращено, объем внимания сужен, темп переключения замедлен. Выявляется истощение нервных процессов. Память несколько ослаблена. В изобразительной деятельности признаки органического графического симптомокомплекса.

На ЭЭГ регистрируются общие изменения биоэлектрической активности мозга при дисфункции передних отделов ствола. Имеются локальные отклонения в виде диффузного полиморфизма медленных волн в повышенном количестве в левой лобно-височной области.

Подросток включен в программу когнитивно-поведенческой психотерапии. Цель психотерапии — расширение контактов с ровесниками, повышение самооценки, исследование и модификация иррациональных установок. Программа состояла из нескольких этапов: 1-й — индивидуальная работа с подростком, 2-й — включение в группу с ровесниками, 3-й — семейная психотерапия. В построении иерархии индивидуальных занятий оказало помощь сочинение подростка «Я сам». Приводим отрывок из этого домашнего задания.

«Проблем в моей жизни достаточно много. Они возникают повседневно в прямой пропорции, зависящей от обстановки, которая меня окружает. На самом первом месте, наверно, трудности в общении. К примеру: если какой-нибудь человек, незнакомый мне, начинает вести со мной беседу, меня практически полностью заклинивает, и из меня просто невозможно вытянуть слово. Это может быть лишь при условии, что мой незнакомый собеседник умеет очень легко общаться. На мое общение, вопреки всему сказанному, часто влияет и моя нервная возбудимость, которая появляется в незнакомой или не традиционной для меня обстановке. Очень может быть, что за проблему общения цепляются нервы. В нормальной, знакомой мне обстановке, среди своих старых, жизнью проверенных друзей и товарищей, а также дома, уровень нервной возбудимости, будто по какому-то неведомому закону, минимален. Как только обстановка меняется на самую малость, нервная возбудимость, согласно этому «закону», возрастает.

У меня все не как у людей. Вот примеры. Содержание какого-нибудь сочинения имеет оценку ниже, чем оценка за грамотность. Починить или даже изготовить радиоприемник, телефонный аппарат, магнитофон, сочинить или сымпровизировать блюз или рок-н-ролл в классическом стиле — занятие для меня более простое и приятное, чем написать сочинение или сдать какое-либо произведение по литературе. У нормальных людей — все наоборот.

Помимо так и прущих из меня отрицательных черт, хоть и в малом количестве, у меня все-таки есть положительные. К примеру, если я кому-то что-то починил, не имею наглости требовать денег. А если дают — тысячу раз откажусь, если попросят — возьму. Еще я очень не люблю компании хулиганов, крутых. Это не мой коллектив — это я тоже считаю положительной чертой в себе...

Врачи говорят, что я слишком себя принижаю. А что мне делать, если из-за своей эгоистичности я слишком высоко стою?».

На занятиях групповой психотерапии первое время молчал, затем показывал невербальные признаки «готовности» к работе. Приводим отрывок из протокола занятия.

1-й психотерапевт: Я хочу к Леше обратиться. Ты дважды делал робкую попытку работать над проблемой. Ты готов?

Алексей: Да. Случай был в моей школе — не так давно. Мой приятель попросил зайти, а его подруга вывела меня из себя. Она спросила: «Что с твоим голосом?» Я ничего не ответил и ушел. Приятель, который был со мной, на это внимания не обратил: «У тебя нормальный голос». Он хотел меня поддержать. Я-то знаю, что у меня ужасный голос, но я бы не хотел, чтобы мне это говорили в лицо.

1-й психотерапевт: А раньше тебе говорили, что у тебя что-то с голосом? Откуда ты знаешь, что он ужасный?

Алексей: Через магнитофон.

1-й психотерапевт: После этого случая?

Алексей: Нет, я раньше это знал.

1-й психотерапевт: Ты раньше знал, а что тебя заставило слушать магнитофон?

Алексей: Я записывал себя, а потом прослушивал.

1-й психотерапевт: Для чего ты это делал?

Алексей: Просто, ради интереса.

1-й психотерапевт: И когда ты узнал, что у тебя ужасный голос? Сколько тебе было лет?

Алексей: Давно, лет 12.

1-й психотерапевт: Ты помнишь этот случай?

Алексей: Точно нет.

1-й психотерапевт: Значит не помнишь. Хорошо.

(Ставят стул напротив. 1-й психотерапевт — Алексей)

1-й психотерапевт: Сейчас тебе 12 лет. Ты включил магнитофон и слышишь свой голос. Слышишь свой голос. Что ты чувствуешь сейчас, когда ты слышишь свой голос на магнитофоне?

Алексей: Я не верю сам себе, что это мой голос.

1-й психотерапевт: Давай, я побуду твоим голосом. Обращайся ко мне, к своему голосу. Я голос на магнитофоне.

Алексей: Почему этот голос такой плохой?

1-й психотерапевт: Я тебе ничего не могу ответить.

Алексей: У всех людей нормальный, а у меня не такой, совсем не такой.

1-й психотерапевт: Какой не такой? Я голос магнитофонный, а не твой. Какой бы ты хотел иметь голос? Какой не такой?

Алексей: Только не этот.

1-й психотерапевт: Какой другой голос ты хотел бы иметь? Что тебе в твоем голосе не нравится?

Алексей: Всё.

1-й психотерапевт: Зачем тебе другой голос? Что он тебе даст? Что ты от этого приобретешь — от другого голоса?

Алексей: Он будет более человеческий.

1-й психотерапевт: А у тебя какой — нечеловеческий?

Алексей: Да.

1-й психотерапевт: Попробуй, запиши меня на магнитофон — другой голос, какой бы ты хотел иметь. Есть возможность каждый раз дать тебе прослушать.

Алексей: Нет, не хочу.

1-й психотерапевт: Не хочешь?

Алексей: Я уже достаточно слушал.

1-й психотерапевт: Хочешь иметь другой голос? Ты первый раз услышал его, свой голос? Твой голос кому-то и раньше не нравился?

Алексей: Первый раз услышал.

1-й психотерапевт: Ты не говорил с близкими, что у тебя голос плохой?

Алексей: Нет.

1-й психотерапевт: Почему же ты решил, что он плохой? Что с тобой происходило в эти дни?

Алексей: Не мог я его принять.

1-й психотерапевт: Побудь теперь голосом. Мне не нравится мой голос у тебя на магнитофоне, я бы хотел другой голос.

Алексей: Какой голос?

1-й психотерапевт: Я не знаю, но как мой.

Алексей: Почему?

1-й психотерапевт: Мне не нравится, он какой-то не такой.

Алексей: На кого он похож?

1-й психотерапевт: Не знаю, он какой-то нечеловеческий.

Алексей: Чей — нечеловеческий?

1-й психотерапевт: Не знаю, что за существо, но какой-то не такой. Я — это не я. Хочется даже выключить магнитофон, чтобы он не звучал. Я не могу — все равно слушаю.

2-й психотерапевт: Обрати внимание на то, как ты говоришь. На дыхание, на грудную клетку, на то, как ты сидишь. Сдавленно. Плечи сгорблены, как будто на тебе груз. Ты можешь подобрать какое-нибудь слово?

1-й психотерапевт: Ты кто?

Алексей: Алексей.

2-й психотерапевт: Тебе труднее говорить или легче?

Алексей: Легче.

2-й психотерапевт: Давай усилим это состояние. Тебе еще легче стало? Как тебя зовут?

Алексей: Алеша.

2-й психотерапевт: Что с тобой сейчас происходит?

Алексей: Разочарован.

2-й психотерапевт: Разочарован? Из-за чего?

Алексей: Из-за голоса, конечно.

2-й психотерапевт: Голова опущена, плечи сгорблены. Твой голос сейчас изменился. Что с тобой происходит?

Алексей: Успокаиваюсь.

2-й психотерапевт: Успокаиваешься? Давай тогда еще больше успокоимся. Садись, ноги подогни, совсем.

1-й психотерапевт: А сейчас?

Алексей: Легче.

2-й психотерапевт: Давай, чтобы совсем стало хорошо.

1-й психотерапевт: Подогни ноги.

2-й психотерапевт: Ложись на бочок. Тебе так хорошо?

Алексей: Хорошо.

1-й психотерапевт: Сколько тебе лет?

Алексей: 16.

2-й психотерапевт: Расскажи, как тебе хорошо.

Алексей: Я успокоился немножко.

2-й психотерапевт: Спокойно, да? Покой. Никуда не надо торопиться. Напряжение снялось. Главное, что ты успокоился. Так хорошо?

Алексей: Да.

1-й психотерапевт: Выходить не хочется?

Алексей: Нет.

1-й психотерапевт: Спокойно и хорошо. Когда бывает спокойно и хорошо?

Алексей: Когда внутри всё в порядке.

1-й психотерапевт: Когда внутри всё в порядке. А еще когда?

2-й психотерапевт: А вокруг тебя? Спокойно, тепло. Спокойно, тепло.

1-й психотерапевт: Ты защищен от внешнего мира?

Алексей: Да.

2-й психотерапевт: Тепло и хорошо.

1-й психотерапевт: Похоже это на то, когда в животе у матери лежишь?

Алексей: Не могу это вспомнить.

1-й психотерапевт: Подойдите сюда, изобразите живот мамы.

(Ребята невербально изображают маму)

2-й психотерапевт: Спокойно и хорошо. Бьется спокойно мамино сердце. Как тебе?

Алексей: Хорошо.

1-й психотерапевт: Схватки. Путь трудный, напряженный. Тебе придется войти в этот мир, полный трудностей. Но мама будет рядом. Мама начала рожать. Придет акушер и маме помогут родить. Тяжело идет ребенок. Мама, помогай, потужься. Головка показалась. У вас мальчик.

(1-й психотерапевт шлепает Алексея, тот орет)

2-й психотерапевт: (5 раз) Кричи громче, во все легкие.

1-й психотерапевт: Хороший мальчик Алеша.

2-й психотерапевт: Здорово. Научился хорошо кричать. Давай познакомимся с ребятами, ты уже научился ходить. (Алексей встает и подходит к каждому члену группы).

1-й психотерапевт: Скажи: меня зовут Алеша.

Алексей: Меня зовут Алеша.

(Знакомится с Сашей, Машей, Маратом, Аннами, Сергеем)

2-й психотерапевт: Сколько тебе лет?

Алексей: 16.

2-й психотерапевт: Как тебе сейчас?

Алексей: Хорошо, замечательно.

2-й психотерапевт: Замечательно?

Алексей: Да.

2-й психотерапевт: Скажи ребятам, всем, как тебя зовут. Ты можешь громко разговаривать.

1-й психотерапевт: Меня зовут Алексей, мне 16 лет.

Алексей (громко повторяет 3 раза).

2-й психотерапевт: Изменился у Алексея голос?

Все: Да, стал звучным.

2-й психотерапевт: Запишешь на магнитофон?

1-й психотерапевт: С техникой у тебя всё в порядке...

Алексей: Да.

Обмен чувствами.

Марат: Я тоже записал свой голос — учил английский язык — и ужаснулся. Стал думать, а потом надоело, бросил.

Маша: Мне тоже мой записанный голос не понравился, но я не обращала внимания, так как знала, что у меня голос другой.

Сергей: То же самое. Не обращаю никакого внимания.

Федор: В 8 лет — дикие интонации на записи. Никто не удивился, и я не обращал внимания.

2-й психотерапевт: А если ты будешь молчать, у тебя голос пропадет, его нужно поддерживать. Давай скажешь ребятам одну фразу: «С сегодняшнего дня я — настоящий Алексей».

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: И у меня красивый, бархатистый голос.

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: Который я люблю.

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: Он уникальный и неповторимый.

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: Я буду им пользоваться и поддерживать.

(Алексей повторяет)

1-й психотерапевт: И поддерживать.

(Алексей повторяет)

2-й психотерапевт: Скажи всем ребятам, что тебе нравится твой голос и ты будешь его поддерживать.

Алексей: Я буду поддерживать свой голос.

1-й психотерапевт: Хорошо.

(У Алеши расправились плечи, лицо сияет)

Окончание занятия.

После окончания групповой психотерапии проведен один сеанс семейной психотерапии. На занятие пришли отец Алексея Александр, мать Лена, сам юноша. Сессию проводят два психотерапевта Сергей и Светлана.

Рассадка: мать села на большое кресло в центре комнаты, справа на стуле от нее Алексей, слева отец. Психотерапевты сели напротив. Приводим стенограмму сеанса.

Сергей: С чем будем работать?

Лена: С конфликтными отношениями детей в семье.

Александр: Да.

Сергей: Какие особенности семьи могут поддерживать конфликт?

Лена: Мы редко вместе собираемся. Отца видим только в выходной.

Алексей: Мама не любит ездить на дачу.

Александр: У нас мало неформальных контактов и разность во взглядах с женой. Работа отнимает все.

Сергей: Не является ли работа способом уменьшить контакты?

Александр: Да. У нас разные взгляды. Мы давно врозь, изолированы друг от друга.

Алексей: Я привык к изоляции.

Светлана: Итак, семья, возможно, гибнет. Не исключено, что Алексей спасает семью. Пока есть конфликт, семья живет? (Пауза)

Сергей: Как выйти из патовой ситуации?

Алексей: Маме смириться с дачей, папе не заставлять ее там работать и приходить раньше домой, ну хоть в 7 часов.

Сергей: Вы часто вместе обедаете?

Александр: Лене не нравится, как я держу ложку. А мне, когда она разрешает кошке лазить по столу.

Сергей: Вам как юристу, вероятно, знакомо понятие «контракт». Можно заключить его с женой.

Светлана: Вообще-то надо выяснить, что за этим стоит.

(Мать напрягается, встает из кресла и уходит без слов).

(Мужчины молчат. Пауза).

Светлана: По-видимому, мама расширяет свою территорию тем, что пускает кошку по столу. Вероятно, у нее есть какой-то дискомфорт?

Алексей и Александр: Да... (пауза).

(Психотерапевты обращают внимание на отсутствие мамы. Алексей делает предположение, что она вернется. Пауза. Мать не возвращается).

Александр: Посмотри, Алексей, что с мамой.

Алексей (возвращается): Она взяла пальто и ушла. Ей легче переживать одной.

Александр: У нее и на работе есть недопонимание.

Сергей: Где она работает?

Алексей: В яслях. Животные у нее на первом месте.

Сергей: Что будем дальше делать? Обсудим отношения между мужчинами в семье или остановим занятие?

Александр: Мы остаемся.

(Светлана разворачивает кресла отца и сына напротив и предлагает поговорить, что их волнует в отношениях).

Александр: Ты никогда не советуешься, держишь эмоции в себе. Я никогда не знаю, что с тобой происходит.

Светлана (обращаясь к юноше): Отец переживает, что происходит с тобой, хотел бы быть ближе к тебе. Хочет поддержать, но не знает как.

Алексей: Мне не сложно держать эмоции... Мне очень тяжело в семье.

Светлана: Алексей Вам говорит, что ему тяжело, когда Вас нет рядом.

(Отец замолкает, с трудом сдерживая слезы, подходит к окну).

(Алексей продолжает сидеть).

Сергей: Что с тобой происходит?

Алексей: На уровне груди что-то есть.

Светлана: Опиши это (сжимает, больно, грустно)?

Алексей: Мне грустно.

Светлана: Чтобы ты хотел сделать?

Алексей: Я не знаю.

Светлана: Ты хотел бы поддержать отца?

Алексей: Не знаю как.

Сергей: Ты можешь подойти и встать рядом.

(Алексей подходит к отцу, встает рядом. Сергей подходит к ним обоим и кладет руки на плечи. Пауза).

Александр: Мне тоже грустно (возвращается).

Светлана: Чем вы похожи друг на друга?

Александр: Целеустремленностью и умением прощать.

Алексей: Да.

Светлана: Это мужские качества?

Алексей: Да.

Сергей: Какие еще мужские качества привлекают?

Алексей: Независимость, умение зарабатывать.

Александр: Мыслить.

Светлана: А любить?

Алексей: Мужчинам чувства не нужны.

Сергей: Это похоже на робота с нечеловеческим голосом?

(Отец и Алексей смеются).

Сергей: Как Вы себя чувствуете?

Алексей: Мне легко. Есть желание вместе поговорить.

Александр: Мне тоже. Я предложу жене придти вместе без Алексея или одной, как она выберет.

Окончание сеанса.

Катамнез, проведенный через год, показал эффективность интегративного вмешательства. Клинической симптоматики не выявлено. Юноша считает себя вполне адаптированным. Алеша успешно учится на физико-математическом факультете университета, имеет одного друга по интересам.

Психотерапевт, работающий с детьми и подростками, сочетает качества диагноста, консультанта и учителя одновременно. Как диагност психотерапевт суммирует информацию, полученную от пациента, основываясь на знании психопатологии, возрастной периодизации развития, строит диагностические гипотезы.

Как консультант психотерапевт стремится развивать взрослое восприятие мира. Взаимодействие между партнерами идет по принципам «проблем-разрешающего подхода», заключающегося в поиске альтернативных решений проблемы. Психотерапевт-консультант создает также экспериментальные поведенческие ситуации для выявления дисфункциональных паттернов коммуникации и установок ребенка.

Как учитель психотерапевт помогает юному партнеру овладеть навыками самоконтроля, адекватного эмоционального реагирования на стрессовые ситуации. Хороший психотерапевт стимулирует подростка к поиску собственных ресурсов, уменьшению негативного восприятия своей личности, окружающего мира, будущего, усиливает стратегии совладания с трудностями (копинг-механизмы), оказывает помощь в конструировании и расширении временной перспективы.

Контрольные вопросы

1. Какая форма психотерапии предпочтительнее для лечения детей 5—6 лет с невротическими расстройствами:

   1) игровая;

   2) когнитивно-поведенческая;

   3) рациональная;

   4) гештальт-терапия.

2. Основной принцип центрированной на ребенке игровой психотерапии:

   1) актуальность;

   2) суггестия;

   3) реализация;

   4) недирективность.

3. Психотерапевт, центрированный на ребенке, стремится передать ему в процессе общения:

1) «Я с тобой»;

2) «Я контролирую тебя»;

3) «Я оцениваю тебя»;

4) «Я работаю с тобой».

4. Основной принцип психотерапевтической работы с детьми с пограничными психическими расстройствами:

1) выявление сексуальных проблем ребенка;

2) сочетание разных психотерапевтических методик;

3) сочетание работы с детьми и работы с родителями;

4) скрывать от ребенка свои эмоции, всегда быть невозмутимым.

5. Предпочтительная форма индивидуальной психотерапии детей с невротическими расстройствами:

1) семейная психотерапия;

2) гештальт-терапия;

3) аутогенная тренировка;

4) игровая психотерапия.

6. Основной принцип детской психотерапии:

1) доминирование и дисциплина;

2) постепенность и развитие;

3) повторение и обучение;

4) безопасность и принятие ребенка.

7. Основной механизм лечебного действия игровой психотерапии детей:

1) аргументированное переубеждение пациента;

2) обучение релаксации;

3) дидактическое воздействие;

4) отреагирование эмоциональных переживаний ребенка в игре.

8. Подросток Д. 15 лет. Прошел групповую психотерапию без особого успеха. В ходе работы вскрылось, что в семье длительный супружеский конфликт. Какие дополнительные психотерапевтические мероприятия можно запланировать?

1) Семейную психотерапию.

2) Продолжение индивидуальной психотерапии.

3) «Отключение» юноши от вовлечения в конфликт между родителями.

4) Перерыв в терапии.

Психотерапия в геронтологии.

Современная геронтологическая практика требует комплекса психотерапевтических мер, направленных на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно.

Использование психотерапевтических методов в геронтологической практике связано с отходом в последний период от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс является общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей. В настоящее время старение рассматривается как фаза жизни, протекание которой многофакторно обусловлено прошлым, настоящим и ориентацией на будущее и которая проявляет себя «как биологическая, финансово-экономическая, эпохальная и экологическая судьба» (Лер). Поведение человека пожилого возраста определяется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. При разработке психотерапевтических программ необходим детальный анализ конкретной ситуации и ее когнитивного содержания, а также многосторонняя ориентация мер вмешательства (медицинские, психологические, социальные, экологические и др.). Специфичным в построении психотерапевтических программ является принцип активации и реактивации ресурсов пациента, так как невостребованные функции угасают. При этом необходимо внимательно следить за мерой

«напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение.

Симптомы и личность пациента определяют стратегию психотерапевтического воздействия, а также выбор применяемых психотерапевтических методов и приемов. В наименьшей степени для понимания старости и лечения старческих нарушений, по мнению Розе, подходят глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии. В последнее время наиболее интенсивно развиваются когнитивно-поведенческие формы и поддерживающая психотерапия пожилых. Лер отмечает, что в специальных заведениях для пожилых пациентов усиливается нежелательное поведение (как, например, социальное иждивенчество при одевании, умывании, питании, передвижении, в связи с чем снижается самостоятельность и растет зависимость пожилых людей). С целью преодоления этих явлений используется, в частности, такой метод поведенческой психотерапии, как оперантное обусловливание. Его применение предполагает специальную подготовку и тренинг медицинского персонала, который должен научиться находить индивидуальные позитивные стимулы для пациента, определять частные цели и поощрять их достижение. Элементарные обучающие процессы помогают пациенту вести себя адекватно постоянно меняющимся требованиям окружающей среды. Часто способность старых людей к обучению недооценивается, тогда как в большинстве случаев в результате тренинга они не только восстанавливают утраченные функции и навыки, но и вырабатывают новые. Все тренинговые программы строятся с учетом еще имеющейся у пациента продуктивности.

Психотерапия в геронтопсихиатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей отличается по возможностям, объему, постановке задач и методическим подходам, что связано с особенностями психических нарушений у людей пожилого и старческого возраста, а именно с биологическими процессами, лежащими в основе большинства этих заболеваний. Почти при всех психозах позднего возраста психогенному фактору принадлежит роль пускового механизма, либо вторично декомпилирующей причины, либо патопластического фактора. Иными словами, в силу объективных причин (многофакторность патогенеза и биоредуктивная основа большинства психозов — известная стертость дифференцированности причинно-следственных связей и повышенный риск психической декомпенсации в старости) вычленение психических, а следовательно, и личностно-психологических и социальных факторов в развитии заболевания часто невозможно, что создает трудности для проведения психотерапии. Вместе с тем психическое заболевание почти всегда (за исключением глубокого слабоумия) опосредовано личностью больного, что, в частности, выражается реакцией на болезнь, перемену обстановки, ожидания, связанные с лечением и перспективой после выписки из больницы. Несоизмеримо большее значение, по сравнению с собственными проблемами, связанными с болезнью, для пожилых людей, находящихся в стационаре, приобретают вопросы непосредственного окружения в палате, взаимоотношений с медицинским персоналом, выбор лечащего врача, возможность принятия самостоятельных решений относительно ношения больничной одежды, участия в различных мероприятиях (групповых, развлекательных и пр.). Психотерапия должна включать как общепсихотерапевтические подходы, так и специальные методы психотерапии. К первым относятся: создание терапевтической среды, атмосферы доверия, сотрудничества с обслуживающим персоналом, выработка положительной установки к методам лечения и непосредственному окружению в палате, повышение психической и социальной активности. Вся обстановка организационная структура, процессы взаимоотношений в стационаре должны быть направлены на обучение утраченным в течение болезни будничным функциям и навыкам, на восстановление способности к решающему поведению пациента в рамках его возможностей. К организации среды некоторые авторы относят также меры, возвращающие или стимулирующие чувствительность: визуальные (цветовое оформление помещений, частая смена настенных украшений), акустические (музыкальные программы, самодеятельность), меры, направленные на оживление обоняния и вкуса. Сама смена пространственной среды может способствовать возрастающей стимуляции в психофизической и социальной сферах.

Изучение отношения больного к терапевтической среде, проводившееся в течение нескольких лет в клинике гериатрической психиатрии Института им. В. М. Бехтерева, показало, что отношения с персоналом и в целом возможность лечения в условиях клиники реабилитационного профиля оцениваются больными положительно. Показательно, что из многих личных и профессиональных характеристик врача и медицинской сестры больные отдают предпочтение их эмпатическим качествам, то есть привлекательности, способности к сопереживанию, сочувствию. Отношение пожилых больных к разного рода восстановительным (психо- и социокорригирующим и активирующим) методам, приемам и к лекарственной терапии оказывается различным. У многих больных при общем положительном отношении к проводившимся восстановительным мероприятиям все же преобладает установка на лекарственные препараты, что, по-видимому,

зависит от пассивной позиции и укоренившегося традиционного представления пожилых людей о лечении. Как правило, больные, находясь в стационаре, высоко оценивают возможности широких внебольничных социальных контактов и развлекательных мероприятий (частые свидания с родственниками и друзьями, клубные встречи с выписанными больными, домашние отпуска, посещения кинотеатра, экскурсии по городу, участие в сеансах музыкотерапии, в литературных вечерах, коллективных просмотрах слайдов и т. д.).

В гериатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей (домах престарелых, дневных стационарах, клубах пожилых) применяются также групповые психотерапевтические методы. Целью групповой психотерапии лиц пожилого возраста являются привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность. Используются различные групповые техники: групповая дискуссия, музыкальная терапия, танцевальная терапия, психогимнастика и др. В то же время, как указывает Розе, длительное пребывание пожилых людей в стационарах нежелательно, так как может вновь привести к пассивности и зависимости. Помещение их в дома престарелых должно осуществляться лишь в крайних случаях, так как излишняя регламентация, а порой и нелепые, необоснованные порядки этих учреждений могут лишь усилить дефекты, вызванные процессом старения. Поэтому наиболее эффективной для этих пациентов является помощь, осуществляемая дневными стационарами, учреждениями, обеспечивающими патронаж, социально-психиатрическое обслуживание, что позволяет им оставаться в своих квартирах.

Большинство исследователей и практиков подчеркивают необходимость включения в психотерапевтические меры воздействия на лиц пожилого возраста семейной психотерапии. Психотерапия и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными достигнутые результаты психотерапевтических воздействий. Большое значение семейная психотерапия имеет для послевыписной медико-социальной адаптации больных и вторичной психопрофилактики с учетом роли внутрисемейных отношений в жизни пациентов, особенно если речь идет о страдающих слабоумием или больных с затяжным течением функциональных психозов, сопровождающихся поведенческими расстройствами. Семейные отношения изменяются в той или иной степени у всех пожилых больных с психическими заболеваниями, но более значительно — у лиц со слабоумием. У них преобладают столкновения, связанные со стремлением родственников к отказу от больного из-за его тяжелого психического состояния и необходимости постоянного ухода. У больных с функциональными психозами чаще встречаются конфликты, в основе которых лежит переживание больным снижения или утраты лидирующей роли в семье или болезненное чувство своей ненужности, помехи близким, приводящие к самоизоляции. Коррекция отношения к больному со стороны членов семьи и его собственного отношения к ним зависит как от клинических особенностей заболевания, так и от установки семьи на разрешение конфликта и, нередко, материально-бытовых условий. Позитивный результат возможен лишь в том случае, когда путем семейной психотерапии удается выработать у родственников больного сочувствие к нему, понимание его состояния и причин, вызвавших поведенческие расстройства (при бредовых и депрессивных состояниях) или примирение с ситуацией (при деменции). Влияние коррекции семейных отношений на уровень послевыписной семейной адаптации больных с функциональными психозами в позднем возрасте, как правило, оказывается выше, но и у них полного разрешения конфликтов достичь почти не удается, отношение к больному остается настороженным с тенденцией к изоляции в семье. В целом психотерапия больных психозами в позднем возрасте оценивается как перспективный метод в комплексе с лекарственной терапией.

Контрольные вопросы

1. Среди различных видов психотерапевтических вмешательств в геронтологической практике наибольшее значение придают:

1) суггестивным вмешательствам;

2) психоаналитической психотерапии;

3) тренингу когнитивных навыков (мыслить, учиться, запоминать);

4) краткосрочной психотерапии.

2. Преодоление конфликта с помощью осознания актуально переживаемой опасности, влияния исторических событий и прошлого опыта на текущие переживания составляют при лечении пожилых пациентов ядро методов следующего направления:

1) поведенческого;

2) экзистенциально-гуманистического;

3) динамического;

4) когнитивного.

Психотерапия и фармакотерапия.

Все более широкое признание в медицине и здравоохранении биопсихосоциальной модели болезни заостряет вопрос о соотношении биологических (прежде всего фармакологических), психологических и социальных воздействий в системе лечения различных заболеваний. Это прежде всего относится к неврозам, другим пограничным расстройствам и психосоматической патологии, в возникновении которых существенную роль играют психогенные факторы и, следовательно, в лечении — психотерапия.

Однако наряду с методами психотерапии при указанных расстройствах широко применяются и фармакологические, в особенности психотропные средства. Это объясняется, с одной стороны, несомненными успехами фармакологии, а с другой — невозможностью в настоящее время удовлетворить потребность в квалифицированной психотерапевтической помощи всех, кому она показана и для кого может быть эффективной, прежде всего из-за больших затрат времени. Напротив, лекарственные препараты широко доступны, отличаются высокой избирательной активностью и быстротой действия.

С тезисом о том, что использование фармакологических препаратов при ряде заболеваний, в особенности при неврозах и других пограничных с ними нервно-психических и психосоматических расстройствах, является капитуляцией психотерапевта перед больным, в настоящее время согласны далеко не все специалисты. Исследование, проведенное членами Американской психоаналитической ассоциации, показало, что 60 % врачей для лечения части своих пациентов наряду с психоанализом применяют лекарства.

Хотя фармакотерапию и продолжают рассматривать как основной фактор медико-биологического вмешательства, подчеркиваются ее прямые и опосредованные психотерапевтические эффекты. Фармакотерапия содействует психотерапевтическому процессу через реализацию своей специфической биологической активности. Последняя может быть полезной при установлении контакта с больным, для укрепления терапевтической связи, демонстрируя пациенту компетентность врача. Путем ослабления симптомов фармакотерапия может устранить преграды на пути эффективного терапевтического общения, увеличивая степень свободы при изучении пациентами скрытых психологических конфликтов. Лекарственная терапия путем разрушения симптоматических барьеров может способствовать усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь.

Фармакотерапия воздействует на пациента также посредством плацебо-эффекта. Однако в данном случае речь идет не о традиционном его понимании. В качестве плацебо-эффекта можно рассматривать любую фармакотерапию или компонент терапии, которые намеренно применяются из-за их неспецифического психологического, психофизиологического эффекта или из-за их предполагаемого эффекта, но без целенаправленного влияния на механизмы болезни. Хотя лекарства, несомненно, применяются против специфических нарушений, они не всегда эффективны, так как диагностические показания не вполне ясны или точны. В тех случаях, когда фармакологическое воздействие не приводит к желаемому симптоматическому облегчению, эффект плацебо от применяемых лекарств может быть использован для дальнейшего терапевтического процесса. Например, переговоры с пациентом о значении лекарства могут заложить основание, на котором строится терапевтическая связь.

Фармакотерапия может усилить реакции переноса аналогично тем, которые имеют место без лекарственной терапии. Требование пациента о назначении медикамента может выявить лежащие в глубине зависимые или иные переносные взаимоотношения точно так же, как переговоры о лекарствах могут способствовать выявлению характерных особенностей, имеющих место при других межличностных отношениях. Лекарственные предписания могут помочь в понимании ключевых динамических процессов, относящихся к сопротивлению, переносу, контрпереносу, и в целом содействовать изменениям в процессе работы.

Ниже рассматриваются особенности соотношения психотерапии и фармакотерапии при трех группах заболеваний — неврозах, психосоматических расстройствах и психозах с учетом различной представленности в их патогенезе биологических и психосоциальных воздействий и той роли, которую приобретает в их лечении современная психофармакологическая терапия.

Последовательное рассмотрение неврозов как основной группы психогенных заболеваний определяет и ведущий метод их лечения, а именно каузальную психотерапию, в то время как фармакотерапия, в том числе с помощью психотропных средств, оказывает при неврозах преимущественно симптоматический эффект. Действие этих препаратов развертывается на относительно более низких уровнях механизмов развития невротических состояний, пока еще далеких от тех, к которым, по сути, и обращена личностно-ориентированная психотерапия.

Хотя психотропные средства воздействуют скорее на эмоциональное состояние и лишь опосредованно через него — на патогенные обстоятельства и личность, тем не менее существует ряд положительных сторон их действия, о которых уже говорилось выше. В отличие от сторонников тезиса о капитуляции перед больным неврозом в случае активного использования психотропных средств, их противники, не противопоставляя психотерапии фармакотерапию, видят основное назначение последней в том, что она «открывает двери для психотерапии». Даже кратковременное симптоматическое улучшение состояния в начале лечения способствует психотерапии, в частности повышая веру больного в выздоровление. Психотропные средства, оказывая нормализующее влияние на эмоциональную сферу больных, создают условия для быстрого включения и более конструктивного участия индивида в разрешение психотравмирующих ситуаций, вызвавших невротическую декомпенсацию и поддерживающих ее. Таким образом, система психотерапевтических и фармакотерапевтических воздействий может служить той основой, которая обеспечит наилучшие условия для устранения невроза, соотношение же этих компонентов должно определяться с учетом конкретных обстоятельств. Чем более выражены в сложном патогенезе невроза биологические механизмы, тем большее значение приобретает фармакотерапия. Вместе с тем, при всей важности и перспективности биологических видов лечения, последние, особенно при неврозах развития, уступают психотерапии, решающей стратегические задачи достижения более длительного и устойчивого терапевтического результата. Это не исключает того положения, что при достаточном знании патогенеза невротического состояния и целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные его звенья действие фармакологических веществ, по крайней мере в отношении отдельных симптомов и синдромов, может приближаться к патогенетическому .

Необходимо указать на ряд общих особенностей действия психотропных средств при неврозах. В связи с задачами лечебной практики представляется важным рассмотрение высокой чувствительности больных неврозами к психотропным средствам в двух планах — биологическом и психологическом. С одной стороны, это обстоятельство диктует необходимость установления оптимальной дозировки психотропных средств, начиная с самых минимальных доз, что особенно существенно при назначении производных фенотиазина, с другой стороны, врач должен детально знать психические и соматовегетативные сдвиги, вызываемые применяющимися психотропными средствами, с тем чтобы заранее предупредить о них больного и избежать его негативных психологических реакций. Упущение из виду этого обстоятельства нередко «компрометирует» психотропные препараты, что создает серьезные психотерапевтические трудности для их применения, в том числе и в тех случаях, когда назначение их безусловно показано.

Проведение сочетанной психотерапии и фармакотерапии у больных неврозами требует учета как положительных, так и возможных отрицательных аспектов их взаимодействия. Фармакотерапия может оказывать неспецифическое воздействие, косвенно потенцирующее психосоциотерапевтические мероприятия. Психотропные препараты, уменьшая аффективные и сенсорные расстройства, способствуют успокоению больного, повышению его веры в правильность диагноза и терапии, установлению оптимального контакта с врачом. Кроме того, ослабление интенсивности симптоматики позволяет врачу в процессе психотерапии сосредоточить внимание пациента на обсуждении его невротических проблем, а не симптомов болезни. Реакция больного на фармакотерапию часто становится тонким индикатором эмоциональных взаимоотношений его с психотерапевтом. Пациент может подавлять в себе неудовлетворенность врачом, но она проявится в характере не свойственного данному препарату побочного действия или даже в восприятии пациентом седативного средства как стимулирующего и наоборот.

В клинике неврозов необходимо учитывать исходную установку больного на фармакотерапию. Некоторые считают лекарственные средства, особенно новейшие, обязательным условием своего выздоровления. Отрицательное отношение других обусловлено рядом причин: отсутствием результата от применявшихся ранее препаратов, боязнью побочных действий, даже минимальных изменений самочувствия, вызванных лекарствами. Нередко источником негативного отношения больных неврозами к лекарственным препаратам является неправильная информация, полученная от других пациентов, среднего медицинского персонала или при чтении аннотаций, на

основании чего делается вывод, что психотропные средства применяются только при психозах — шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и других психических заболеваниях. Адекватная психотерапевтическая коррекция, нередко с компонентами прямой или косвенной суггестии, является непременным условием последующего эффективного использования психотропных средств в общем комплексе лечения больных неврозами. Характер установки больных относительно психотерапии и фармакотерапии зависит также от типа внутренней картины болезни (Ташлыков). При соматоцентрированном типе (представления больного сосредоточены на предполагаемых им соматических или церебральных причинах его болезни) пациент выше оценивает фармакотерапию, чем психотерапию. У пациентов с психоцентрированным типом внутренней картины болезни (происхождение невроза связывается больным с психической травматизацией) психотерапия рассматривается ими как ведущий метод лечения. Установка на фармакотерапию, как правило, сочетается со склонностью больных избегать ответственности и самостоятельности в разрешении своих трудностей, она может быть обусловлена такими личностными позициями больных неврозами, как автономность и нежелание выносить на обсуждение свои внутренние проблемы, а также их стремление к проведению эффективной краткосрочной терапии. Задача психотерапевта — не следуя предпочтениям больных в отношении того или иного метода лечения, вместе с тем учитывать особенности этих установок в своей терапевтической тактике. Седативный и миорелаксирующий эффекты психотропных препаратов могут быть использованы при гипнотерапии и аутогенной тренировке.

При проведении комплексной терапии неврозов, особенно их затяжных форм, врач нередко оказывается в затруднительном положении. В его поведении в противоречие могут вступить роли «психотерапевта» и «фармакотерапевта». Необходимость снятия остроты эмоционального реагирования пациентов в условиях проведения групповой психотерапии при раскрытии эмоциональной проблематики членов группы приводит к установке врача на отказ от активного применения психотропных средств. В то же время выраженность тревоги, фобических переживаний вегетативных кризов диктует необходимость использования современных психотропных средств и вегетативных гармонизаторов с учетом их высокой избирательной эффективности. В этих условиях выбор транквилизаторов с ограниченным седативным действием становится актуальным и позволяет избежать указанных затруднений.

Широкий диапазон современных психотропных средств и методов психотерапии дает возможность оптимально сочетать их в зависимости от клинической формы невроза, целей терапии и организационных форм лечебной помощи. Так, в психотерапевтическом кабинете общесоматической поликлиники и психоневрологического диспансера определяющее значение имеют кратковременность и интенсивность психотерапии и практически всегда — сочетание психотерапии с биологической терапией, прежде всего с психотропными средствами. В стационарной комплексной терапии тяжелых, затяжных форм неврозов с частой декомпенсацией больных (при наличии не только субъективно, но и объективно трудной жизненной ситуации) современные психотропные средства часто приобретают важное значение.

Хотя вопрос о совместимости психотерапии и современных психотропных средств все еще дискутируется, в целом отмечается тенденция к более активному дифференцированному применению их в клинике неврозов. Устранение с помощью фармакологических средств ведущих симптомов невроза, даже при сложных личностно обусловленных расстройствах, может, с одной стороны, привести к таким изменениям отношений с окружающей средой, которые повлекут за собой конструктивные сдвиги в первоначальной конфликтной ситуации, а с другой — обусловить изменение самовосприятия, самооценки больного, что в конечном счете будет способствовать восстановлению нарушенной психодинамики при неврозах.

Применяя транквилизаторы при неврозах, необходимо помнить о побочных явлениях и осложнениях (Александровский). К их числу относятся, во-первых, миорелаксация, атаксия и связанные с ними жалобы на вялость, слабость, сонливость, неточность моторных реакций и др., затрудняющие выработку необходимой ответственности и активное участие в системе психо- и социотерапевтических мероприятий, во-вторых, вероятность психологического привыкания к «защитному» анксиолитическому действию, опасение его лишиться и страх перед «жизнью без таблеток»; в-третьих, появление в редких случаях физической зависимости от транквилизаторов; в-четвертых, «парадоксальный» психотропный эффект — усиление тревоги, страха и психоаналептического действия.

Соотношение психо- и фармакотерапии при так называемых психосоматических заболеваниях (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астме и др.) определяется ролью биологических и психосоциальных факторов в их этиопатогенезе. Представляет интерес соотношение

психотерапевтических и лекарственных воздействий при трех вариантах участия психического фактора в развитии данных заболеваний: «ситуационном» (первично-психогенном), «личностном» и «психопатологическом», описанных Губачевым.

При «ситуационном» варианте в центре психотерапии — особенности механизмов психологической защиты, выработка оптимальных форм реагирования в конфликтных ситуациях, характеризующихся абсолютной или относительной неразрешимостью. В связи со сложностью овладения оптимальной стратегией реагирования, требующей длительного психотерапевтического воздействия, целесообразно на первых этапах лечения смягчить патогенное действие эмоционального стресса с помощью психофармакологических средств, увеличивающих адаптационные ресурсы нервной системы. Однако недостаточность фармакологической коррекции эмоциональных расстройств, нежелательность и даже вред длительной редукции эмоциональной сферы требуют проведения дополнительных мероприятий, обеспечивающих защиту вегетативных систем вегетотропными средствами, блокирующими передачу избыточной импульсации на рецепторные аппараты внутренних органов. При втором, «личностном», варианте длительный гипертрофированный или извращенный тип психологического реагирования дисгармоничной личности является причиной развития хронического эмоционального стресса, роль которого в патогенезе психосоматических расстройств является общепризнанной. Наряду с личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией, а также психотерапией когнитивно-поведенческого плана таким больным показана психотропная и вегетолитическая медикаментозная терапия, смягчающая психоэмоциональное перенапряжение. При «психопатологическом» варианте важным элементом терапии является дифференцированная с учетом регистра психических расстройств психофармакотерапия; цели, задачи и приемы психотерапевтических воздействий в этом случае определяются с учетом таковых при психических заболеваниях.

Следует трезво оценивать возможности различных средств лечения на разных этапах становления психосоматической патологии. В функциональной, начальной стадии заболевания психотерапия и психофармакотерапия выполняют функцию основных, а нередко — и единственных методов лечения. Формирование органического соматического дефекта создает условия для аутокинеза патологического процесса и ограничивает эффективность психотропной терапии, сводя ее к сдерживанию дальнейшего развития болезни. Психотерапевтические воздействия в этом случае играют симптоматическую роль. Это значит, что они в большей степени направлены непосредственно на функциональные «наслоения», на динамические симптомы и в меньшей степени — на патогенетические механизмы развития болезни.

Проблема соотношения фармакотерапии, выступающей в качестве ведущего метода лечения при эндогенных психозах, и психотерапии приобретает все большее значение по мере развития реабилитационного направления в психиатрии (Кабанов).

Благодаря фармакологическому ослаблению психотических симптомов, дезактуализации бредовых и других психопатологических образований удается быстрее установить психотерапевтическую связь с пациентом. Укрепление подобной связи, перерастание ее в психотерапевтический контакт с больным способствует созданию у пациента правильного отношения к лекарственным средствам. Известно, что настороженное, а подчас и негативное восприятие больными используемой терапии, возникшее на фоне каких-либо побочных эффектов фармакологических воздействий, в дальнейшем может зафиксироваться и явиться причиной негативной установки на фармакотерапию вообще, что затрудняет проведение лечения в целом и поддерживающей терапии в особенности.

В настоящее время многими специалистами разделяется положение о том, что методами психотерапии можно стабилизировать антипсихотическое действие психофармакологических средств, упрочить их противорецидивный эффект, а также в случае уменьшения эмоционально-аффективного напряжения психотических пациентов методами психотерапии снизить дозировки психотропных препаратов.

Контрольные вопросы

1. Сочетание психотерапии и фармакотерапии целесообразно; исключение составляет одно утверждение:

  1) фармакотерапия «открывает двери для психотерапии» при значительной выраженности эмоционально-аффективных расстройств;

  2) существуют трудности удовлетворения всех нуждающихся в адекватной и полноценной психотерапии;

3) назначение фармакотерапии (например, при неврозах) можно рассматривать «как капитуляцию психотерапевта перед пациентом», учитывая психогенный характер заболевания;

4) несомненны успехи современной психофармакологии при устранении психопатологических расстройств.

Психотерапия, психопрофилактика и реабилитация.

Психотерапия как один из методов психологического вмешательства находится в сложном психопрофилактическом, терапевтическом и реабилитационном комплексе помощи при различных видах нарушений. Применение конкретных форм и методов психотерапии зависит от характера психопрофилактических и реабилитационных мероприятий.

Психопрофилактика является областью психиатрии, а в более широком контексте — разделом общей профилактики. Она разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению психических заболеваний и их хронизации, а также способствует реабилитации психически больных. Отмечается тесная связь понятий психопрофилактики и психогигиены. Их разграничение (особенно первичной психопрофилактики и психогигиены) достаточно условно. Основным отличием является разная направленность этих дисциплин. Психогигиена главной своей целью имеет сохранение, укрепление и улучшение психического здоровья путем организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни, а психопрофилактика направлена на предупреждение психических расстройств. Отличие психогигиены и психопрофилактики заключается в объекте их исследования и практического применения. Психогигиена направлена на сохранение психического здоровья, а психопрофилактика занимается субклиническими и клиническими нарушениями.

Проблемам психопрофилактики придавалось значение с давних пор, но начало систематизированной психопрофилактической деятельности в отечественной психиатрии обычно связывают с именем Мержеевского, который на Первом съезде психиатров России в 1887 г. поднял вопрос о «социальной» этиологии психических заболеваний. Он указал на то, что нервные и психические болезни часто являются следствием неблагоприятных социальных условий в результате войн, экономических кризисов, банкротств, низкой культуры, чрезмерных требований в школе, злоупотребления спиртными напитками и др. Затем Корсаков выдвинул идею «государственной психиатрической профилактики», которую считал разделом общественной психиатрии, и предложил ее программу, включавшую борьбу с эпидемиями, алкоголизмом, наркоманией, охрану здоровья детей и беременных женщин, правильное воспитание, разработку законодательства, регулирующего время труда рабочих, и др. Эти прогрессивные идеи отечественных психиатров актуальны и сегодня.

Выделяют *первичную, вторичную* и *третичную* психопрофилактику. Первичная психопрофилактика включает мероприятия, препятствующие возникновению нервно-психических расстройств. Вторичная психопрофилактика объединяет мероприятия, направленные на предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного. Существуют и другие взгляды на психопрофилактику: психопрофилактика складывается из общих мероприятий, направленных на повышение уровня психическою здоровья населения, и специфической части, которая включает раннюю диагностику (первичный уровень), сокращение числа патологических нарушений (вторичный уровень) и реабилитацию (третичный уровень).

Психопрофилактика находится в тесной взаимосвязи с другими дисциплинами. В психопрофилактической деятельности принимают участие представители разных профессий — врачи, психологи, педагоги, социологи, юристы. Привлечение к разработке и осуществлению психопрофилактических мероприятий тех или иных специалистов и их вклад зависит от вида психопрофилактики. Так, для первичной психопрофилактики особенно значимы психогигиена и широкие социальные мероприятия по ее обеспечению: борьба с инфекциями, травмами, патогенными воздействиями окружающей среды, вызывающими те или иные нарушения психики. К задачам первичной психопрофилактики относится также определение групп лиц с повышенной угрозой заболевания или ситуаций, несущих в себе угрозу вследствие повышенного психическою травматизма, и организация психопрофилактических мер по отношению к этим группам и

ситуациям. Здесь важную роль играют такие дисциплины, как медицинская психология, педагогика, социология, юридическая психология и др., позволяющие осуществить превентивные меры в отношении семейных конфликтов, правильное воспитание детей и подростков, организационные и психотерапевтические мероприятия в остроконфликтных ситуациях (с помощью кризисной интервенции), профилактику профессиональной вредности, правильную профессиональную ориентацию и профессиональный отбор, прогнозирование возможных наследственных заболеваний (медико-генетическое консультирование). Во вторичной психопрофилактике ведущую роль играет комплексная фармако- и психотерапия. При третичной психопрофилактике основное значение приобретает социальная реабилитация.

Вторым важным моментом в разграничении задач и методов психопрофилактики могут являться особенности и вид психических расстройств, в отношении которых проводится психопрофилактическая работа: преимущественно функциональная или органическая природа психической патологии; реактивная или процессуальная форма течения: обратимость болезненных явлений; ведущее значение биологического или социального фактора. Учет перечисленных моментов требует дифференцированной психопрофилактики с обращением внимания на нозологию психических расстройств.

В комплексе психопрофилактических мер следует учитывать как факторы окружающей среды, так и этиологические и патогенные факторы, связанные с человеком, обусловленные его конституцией и преморбидными личностными особенностями. Здесь нужно иметь в виду три аспекта (Мягер): а) личностный, б) характер интерперсонального взаимодействия и в) ситуационный — в их взаимосвязи. При проведении психопрофилактики должны использоваться защитные силы самого организма, сохранные стороны психики, которые следует стимулировать, усиливая сопротивление организма и личности болезни и компенсируя ее последствия.

Важную роль в развитии психопрофилактики играют совершенствование структуры и увеличение числа различных практических психиатрических, психотерапевтических и психологических учреждений (дневных стационаров, ночных профилакториев, психотерапевтических кабинетов, кризисных центров, психологической службы по телефону и т. п.), а также совершенствование методов диагностики и лечения больных с начальными, легкими, ларвированными формами психических расстройств.

Современная концепция *реабилитации* больных и инвалидов берет свое начало с разработки ее принципов и практического применения в Англии и США во время Второй мировой войны. Наиболее содержательное и полное определение реабилитации принято на 9-м совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточно-европейских стран, согласно которому реабилитация является системой государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но прежде всего — личностный подход к больному человеку (Кабанов). В настоящее время принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию.

При психических заболеваниях реабилитация имеет свои особенности, связанные в первую очередь с тем, что при них, как ни при каких других болезнях, происходят серьезные нарушения личности, ее социальных связей и отношений. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциализация, восстановление или сохранение индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Кабанов относит к основным принципам реабилитации партнерство, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов, ступенчатость прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Ее этапами являются восстановительная терапия, реадаптация, реабилитация в собственном смысле этого слова. Реабилитация представляет собой одновременно цель (восстановление или сохранение статуса личности), процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, и метод подхода к больному.

Наиболее адекватно целям реабилитации (также как и психопрофилактики) служит психотерапия. Смягчение проявлений и течения психических заболеваний и расширение возможностей современного психофармакологического лечения способствовало возрастанию роли и повышению эффективности психотерапевтического воздействия. При этом «точкой

приложения» психотерапии, в отличие от биологических методов лечения, является не сам патологический процесс (хотя его зависимость от эмоциональных факторов и деятельности человека бесспорна), а личность пациента и система его отношений к действительности.

Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии при проведении реабилитации может решаться в сторону повышения интенсивности как той, так и другой. Индивидуальная работа с больным важна для выявления основной внутри- и межличностной проблематики, формирования мотивации к эффективному участию в групповых занятиях, коррекции реакций на ситуации группового взаимодействия. Групповая психотерапия во всех ее многочисленных вариантах может рассматриваться как наиболее адекватный метод реабилитации (ресоциализации) больных не только неврозами, но и психозами. В условиях группы осуществляется одновременное влияние на все основные компоненты отношений — познавательный, эмоциональный и поведенческий: достигается более глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социальность и самостоятельность. Групповая психотерапия способствует восстановлению системы отношений больных с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентации в соответствие с образом жизни, то есть решению тех первоочередных задач, без которых невозможно успешное социальное функционирование пациента. Можно выделить два вида групповых методов психотерапии и социотерапии в реабилитации:

1. Терапевтические вмешательства, направленные на социальное поведение больного, его коммуникабельность, способность к самореализации, разрешению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они объединяют группы: разговорные, проблемных дискуссий, психомоторные, коммуникативные, арт- и музыкотерапии, а также семейную психотерапию.

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива пациентов, имеющая в своей основе так называемые средовые группы: совет и собрания больных, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т. п.

В зависимости от стадии развития, типа течения и формы психического заболевания меняется соотношение сомато-биологических и индивидуально-психологических факторов в формировании картины болезни, в различной степени страдают способности больного к самореализации и к установлению адекватных межличностных отношений. Соответственно этому должно меняться не только место психосоциальных методов в структуре реабилитации, но и сами методы, а также конкретные задачи.

Цели психотерапевтической работы достижимы тогда, когда учитывается активность патологического процесса, психическое состояние больного, его личностные характеристики, особенности непосредственного социального окружения, индивидуальные жизненные условия и прогноз. В зависимости от этого должен решаться вопрос о допустимой глубине вмешательства в сферу значимых отношений и о перестройке малоэффективных, но сложившихся форм психологической компенсации. Практика дает немало примеров срыва адаптации и обострения болезненного состояния при неразумном вскрытии и обсуждении психологических и социально-психологических проблем, имеющих неразрешимый для пациента характер.

Таким образом, психотерапия вместе с социотерапией, фармакотерапией, трудовой терапией и др. составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления пациентов, оптимизации их личностного развития. Можно говорить лишь о смещении акцента в сторону психотерапии на различных этапах реабилитации.

Представленные общие принципы психопрофилактики и реабилитации больных с нервно-психическими заболеваниями и роль в их осуществлении методов психотерапии оказали в последние десятилетия существенное влияние на разработку и внедрение прежде всего реабилитационных и в меньшей степени психопрофилактических программ практически во всех областях медицины. Цели, задачи и конкретное содержание этих программ определяются особенностями клинических проявлений болезни, ее течением, прогнозом, соотношением биологических, психологических и социальных механизмов в возникновении и развитии патологических расстройств.

Контрольные вопросы

1. Объектом исследования и практического применения психопрофилактики являются:

1) психическое здоровье;

2) субклинические и клинические психические нарушения;

3) органические соматические расстройства;

4) невротические, внутриличностные конфликты.

2. Психопрофилактика включает:

1) только первичную психопрофилактику;

2) первичную и вторичную психопрофилактику;

3) первичную, вторичную и третичную психопрофилактику;

4) психогигиену.

3. В каком периоде болезни реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду, личностный подход к больному?

1) В остром.

2) В подостром.

3) В периоде хронизации.

4) Во всех периодах болезни.

4. Наиболее адекватна целям реабилитации при психозах:

1) психофармакотерапия;

2) психотерапия;

3) терапия средой;

4) трудотерапия.

Транскультурный подход в психотерапии*.

Замечания по поводу понятия «транскультурная психотерапия». Введенное Виттковером понятие «транскультурная психиатрия» является общепринятым и получило широкое распространение как в публикациях, так и в деятельности профессиональных организаций, например, создание секции транскультурной психиатрии во Всемирной Психиатрической Ассоциации. По Виттковеру транскультурная психиатрия представляет собой раздел социальной психиатрии, который занимается культурными аспектами возникновения, частотности, форм и лечения психических расстройств в различных культурах. Приставка «транс» (лат.: через, после, исходя из, с того времени как) означает культурно-обусловленную точку зрения, хотя прежде всего важно понять пациента и его картину заболевания, исходя из собственной культуры. В английском языке используется в основном понятие «кросскультурный» (cross-cultural), по-видимому, под этими терминами подразумевается одно и то же. В связи с этим обсуждались также такие понятия, как «этнопсихиатрия», «культурная психиатрия», «культурно-обусловленная» или «культурно-ориентированная психиатрия» и «антропологическая психиатрия».

Н. Пезешкианом и некоторыми другими применено и распространено понятие «транскультурной психотерапии». Оно еще только внедряется в качестве субспециальности и пока не представляет собой самостоятельный предмет, по крайней мере в немецкоязычных странах. Используемые понятия в сущности описывают одно и то же: наблюдение, признание, осознание и применение значения и влияния культурных факторов в широком смысле слова на пациента, психотерапевта и психотерапевтические отношения. Возможно, это лишь переходное понятие, до тех пор пока психотерапевтический аспект культурных факторов не будет учтен и представлен в каждой форме психотерапии. Транскультурная психотерапия должна рассматриваться в этом смысле как всеобъемлющее понятие, а не только как сравнение между различными культурными традициями. Следовало бы уточнить само понятие «культура». Речь о транскультурной или культурно-ориентированной психотерапии может иметь смысл только тогда, когда оговаривается, что следует понимать под словом «культура». Понятие культуры само по себе является культурно-обусловленным. Пфайффер под культурой понимает совокупность передающихся из поколения в поколение опыта, представлений, ценностей, а также общественные порядки и способы поведения. Речь идет о категориях и правилах, при помощи которых люди интерпретируют свой мир и каким образом направляют свою деятельность. Клейнманн отмечает, что культура состоит из локальных миров ежедневного опыта. Культура может быть понята из ежедневных примеров

---

* Этот раздел написан немецким психиатром-психотерапевтом Х. Пезешкианом и публикуется с его согласия. — *Прим. автора.*

повседневных поступков. Автор применяет всеобъемлющее понятие культуры, которое, наряду с культурными аспектами, учитывает также этнические, национальные и расовые факторы.

Ниже излагаются (Пезешкиан Х., 1998) такие основные понятия, как «пациент», «психотерапевт» и «особенности психотерапии» в транскультурном сравнении (глазами иностранного специалиста в течение многих лет интегрированного в теорию и практику российской и западной психотерапии).

Пациент в России. Следующие характеристики типичного российского пациента основаны на опыте клинической работы в амбулаторной и стационарной практике и результатах статистического исследования.

1. Работая с российским пациентом, необходимо учитывать его широко распространенное принятие того, что жизнь трудна, и требуется огромное, с западной точки зрения почти бескрайнее, терпение при многочисленных повседневных проблемах. Это распространенное по всему миру убеждение о судьбе (или предопределении — сейчас часто говорят о карме), которой не стоит сопротивляться. Судьба также может измениться и к лучшему. «Все будет хорошо», это широко распространенный подход к жизни, который подает надежду, нужно только достаточно терпеливо подождать.

Транскультурное сравнение. Когда американский психиатр Скотт Пек опубликовал в 1978 г. свою книгу «Нехоженая тропа» («The road Less Travelled»), она стала национальным бестселлером, вышедшим общим тиражом 5 млн экземпляров. Первая фраза книги воспринималась как новая идеология: «Жизнь трудна» («Life is difficult»). И далее следовало: «Ведь если один раз принять это, то ничего не стоит тот факт, что жизнь трудна». Широко распространенная на Западе жизненная установка, что жизнь должна быть без проблем, является важной темой в работе с западными пациентами и требуется иногда много сеансов, чтобы пациент оказался готов хотя бы в целом принять проблемы как составную часть жизни. В связи с этим Н. Пезешкиан говорит о том, что «не тот здоров, у кого нет проблем, а тот, кто умеет преодолевать возникающие трудности».

2. Пациент быстро подхватывает отводящуюся ему пассивную роль и переносит ответственность за лечение на врача, а тот ее благодарно принимает. Собственной инициативы практически не существует. Психотерапевт ведет пациента. Темы обсуждений на сеансах должны задаваться психотерапевтом, а сеансы часто проходят в директивном стиле. Пациент почти не пишет домашних заданий и редко «доделывает» их.

Транскультурное сравнение. Особенно американские пациенты часто начитанны в психологических вопросах (или, по крайней мере, стараются выглядеть начитанными) и часто берут на себя активную роль пациента. Психотерапевт нередко должен ясно указывать пациенту на границы, если последний не старается их придерживаться. Пациент часто приходит на сеансы со своими темами, которые он хотел бы обсудить. Психотерапевт скорее является сопровождающим или партнером для пациента. Пациент нередко ведет дневник, просит задания, которые хотел бы выполнить дома, пишет заданное и приносит на следующий сеанс.

3. Ожидание быстрого (чудесного) исцеления, лучше всего за один сеанс. Пациент хотел бы чувствовать себя лучше после каждого сеанса, и это является важным критерием оценки компетентности и способностей врача. Психотерапевт должен конкурировать в этом со всякого рода целителями, обещающими моментальное излечение. Лечение длительностью в 5 сеансов кажется уже достаточно долгим.

Транскультурное сравнение. В Германии пациент нередко должен несколько месяцев или даже целый год ждать очереди на амбулаторный прием у психотерапевта (список ожидания). Часто пациенты сами считают, что им необходимо многолетнее лечение, чувствуют себя обиженными и непонятыми, когда психотерапевт предлагает им краткосрочную психотерапию («Вы считаете мою проблему столь незначительной, раз собираетесь так быстро разрешить ее?»).

4. Предшествующее знание о сущности психотерапии, ее эффективности и лежащих в основе техниках очень ограничены. «Психотерапевтической культуры» в России мало, есть небольшое количество книг о самопомощи. Проблемы обсуждаются с подругами, друзьями и родственниками по телефону или на работе («Почему я должен пойти к чужому человеку, который вовсе меня не знает, рассказывать ему о моих проблемах, да еще и платить за это деньги?»).

Транскультурное сравнение. Многие пациенты на Западе хорошо осведомлены и приходят к врачу с определенными ожиданиями. Например, американские пациенты достаточно часто приходят на прием с прямой просьбой прописать им конкретное лекарство, они прочитали о его эффективности в различных книгах и даже пытаются давить на психотерапевта («Что, Вы не

знаете об этом лекарстве?»). В Западной Европе посещение психиатра стало почти социальной стигмой, но социальное признание врачей в последние годы отчетливо изменилось.

5. Взгляды на возникновение, причины и лечение психических заболеваний. В каждой культуре существуют социально принимаемые заболевания. Депрессия в России скорее считается настроением, нежели заболеванием, и человеку чаще советуют взять себя в руки. Генетическим причинам придается очень большое значение. В то же время психотерапевт вынужден противостоять убеждению многих пациентов в том, что заболевания и нарушения могут иметь магические или предопределенные причины. Господствует органически-биологическая ориентация в отношении развития нарушений («У него с рождения был непростой характер», «Роды были тяжелыми»).

Транскультурное сравнение. В США совершенно естественно говорить о посещении психиатра, о работе над собой под его руководством. Пациента поддерживают в намерении посещать психотерапевта и в случае необходимости принимать лекарства. Можно наблюдать, как часто возникают разногласия в результате того, что, например, «повышенная температура» для российских коллег является поводом не идти на работу, что приводит к полному непониманию западных сотрудников, а с другой стороны «депрессия» для иностранца является поводом пойти к врачу, тогда как российские сослуживцы убеждены, что сейчас плохо всем и в депрессивном настроении нет ничего необычного («Кому сейчас хорошо?»).

6. Открытость, интерес и готовность к новым подходам. Почти всегда можно наблюдать готовность экспериментировать в том, что касается новых подходов и возможностей психотерапии, даже если последние не получили научного подтверждения. Если что-либо доступно объяснить, пациент будет готов это принять («Кто лечит, тот и прав»).

Транскультурное сравнение. Пациенты хотят подробнейших сведений о «вмешательстве», аннотация о лекарствах всегда прочитывается самым тщательным образом, непременно выясняется вопрос о научной проверке применяемого метода; вследствие неминуемого судебного разбирательства при врачебной ошибке врач находится почти в перманентном напряжении.

7. Вера в сверхъестественное, в предопределение и духовные силы (магически-мистическое мышление). Убеждение в возможности быть заколдованным или заговоренным достаточно широко распространено. Собственные болезни приводятся в прямую взаимосвязь с этими силами. Психотерапевт, который не верит в гороскопы, влияние родовой травмы, электромагнитного излучения, влияние звезд и приливов, реинкарнацию или сверхъестественные силы, в глазах пациента может утратить свою компетентность. Парапсихология социально признана, хотя официально лишь немногие психотерапевты причисляют себя к ней и прочим сверхъестественным силам и практикам.

Транскультурное сравнение. Полное отвержение такого рода мнений в западных кругах специалистов. Даже если втайне человек считает возможными магические причины заболеваний, он никогда не выскажет эти мысли в профессиональном кругу. Только эмпирически доказанные знания академической медицины могут учитываться в работе и являются социально признаваемыми. В последние годы в Германии, например, различные «психологические» институты стали предлагать за большие деньги подготовку по астрологической психологии, ароматерапии, психологии почерка, Таи Ши, Тантре, Дзен, графологии, танцу дервишей, йоге, медитации, психологии имени и т. д., что доказывает растущий интерес к альтернативным направлениям.

8. Роль семьи. Так как каждый живет в семье или в течение всей жизни «опекается» ею, личные проблемы тесно связаны с проблемами коллектива (здесь: семьи). Создание семьи (свадьба, дети) является целью почти всей молодежи и практически не оспаривается. Это социально ожидаемый шаг в планировании жизни, несмотря на увеличивающиеся проблемы, вроде разводов, насилия и неудовлетворенности.

Транскультурное сравнение. Институт семьи поставлен под вопрос, созданы новые так называемые альтернативные жизненные сообщества (например, контрацепция партнеров на период жизни, гомосексуальные браки, банки спермы и пр.). В Германии 34 % всех домашних хозяйств ведутся одним человеком, в крупных городах их число составляет более половины. В то время как в 1900 г. примерно 44 % всех немецких домов включали 5 или более человек, в 1992 г. их было лишь 5 %.

9. Существование транскультурного сознания. В многонациональной России каждый пациент имеет друзей, знакомых, коллег и родственников из других культур, с которыми ежедневно общается. Это приводит к относительной открытости по отношению к другим концепциям и делает относительными собственные.

Транскультурное сравнение. Многие пациенты стоят на монокультурной точке зрения, мало общаются с иностранцами и не имеют почти никаких возможностей подвергнуть сомнению свои убеждения. Это изменяется вследствие притока иностранцев и превращения общества в многонациональное.

10. Реализация и признание духовных потребностей. Даже так называемые атеисты верят в существование души, говорят о духовном вакууме и духовных потребностях. Духовные элементы являются составной частью психотерапии.

Транскультурное сравнение. Согласно исследованию Американской Психиатрической Ассоциации, психиатры реже верят в Бога, чем в среднем население США. Со времени религиозной критики Фрейда религия и духовность отмежевались от психотерапии, и психоанализ стал зачастую социально более приемлемой заместительной религией. При психотерапевтическом образовании учат, что собственные религиозные убеждения не должны переноситься на пациентов и не являются составной частью подготовки. В последние годы благодаря New-Age-движению и альтернативным психотерапевтическим направлениям духовные элементы стали занимать больше места в (западной) психотерапии.

11. Вопросы гарантии успеха психотерапии возникают уже на первом сеансе (часто с этим связана оплата). За неудачу психотерапии считается ответственным преимущественно психотерапевт.

Транскультурное сравнение. Н. Пезешкиан пишет, что «во многих восточных культурах врачу платят до тех пор, пока пациент здоров». Каждый психотерапевт поостережется предоставлять гарантии, хотя бы из страха дальнейшей юридической ответственности, а пациент поощряется в принятии на себя активной роли в процессе лечения. В «сомнительных случаях» в провале психотерапии виновен пациент вследствие своего сильного сопротивления.

12. Доверие к врачу и его способностям («Вы врач, скажите мне, что я должен делать»). Но это доверие еще относительное, поскольку было поколеблено богатым негативным опытом. Психотерапевту с авторитетом — не обязательно профессиональным, а просто благодаря его харизме — чаще верят, по крайней мере сначала, бессознательно, если возникают положительные отношения и имеется одинаковый взгляд на причины болезни.

Транскультурное сравнение. Благодаря влиянию средств массовой информации (объявление в одном немецком журнале: «Если вы не довольны своим врачем, найдите другого»), дискуссий о доходах («врачи зарабатывают много денег»), возрастающему влиянию денег и бизнеса в медицине, росту судебных процессов (профессиональные ошибки), влиянию больничных касс и контролю гражданских организаций отношения врач — пациент больше не являются простыми и представляют собой нечто большее, чем психотерапевтические отношения. Они строятся на основе совместного (лечебного) контракта (иногда действительно подписываемого), в котором обе стороны выступают в качестве равноправных партнеров и несут определенную ответственность.

13. Советский опыт. Согласно Лауринайтису, типичного советского пациента и психотерапевтические отношения можно описать следующими семью критериями: а) базальная тревога и страх взять на себя всю полноту ответственности и принять решение; б) отсутствие интереса к окончательному результату собственной деятельности при одновременных опасениях взять на себя ответственность за независимый шаг; в) глубокое расщепление между открыто выражаемыми ценностями общества и индивидуума («говорить одно, думать другое, делать третье»); г) глубокое недоверие к средствам массовой информации и возможной манипуляции посредством психологических механизмов; д) привычная высокая степень контроля во всех жизненных сферах, осуществляемая государственными органами и их представителями, которыми могут быть даже друзья и родственники; е) как результат этой системы все члены общества находились под высоким давлением витального страха, одним из путей борьбы с которым был алкоголизм; ж) случаи злоупотребления психиатрией государственными органами и отсюда недоверие к любой психиатрии.

Транскультурное сравнение. Согласно американскому психологу Сатир существуют следующие предпосылки, чтобы избежать изменения личности при психотерапии:

1. Видеть и слышать, что здесь происходит, вместо того, что должно быть или будет.

2. Говорить, что чувствуешь и думаешь, вместо того, что должен.

3. Чувствовать, что чувствуешь, вместо того, что должен.

4. Спрашивать и просить, что хочешь, вместо ожидания разрешения.

5. Рисковать, пробуя новые возможности, вместо того, чтобы выбирать «проверенные» пути и никогда «не ушибаться».

Психотерапевт в России. Рассматривая «типичного» российского психотерапевта, можно выделить его следующие характерные черты.

1. Личность и поведение. Примечательна альтруистическая базовая установка российских психотерапевтов. Она проявляется в неподдельной заинтересованности помочь страдающему пациенту («каждому приходится страдать, и когда-нибудь нам потребуется помощь других»); в выполнении профессиональной поддержки без соответствующего материального стимула (низкая зарплата, которая может задерживаться и зачастую не может служить основным средством к существованию); в бесплатной помощи нуждающимся, но не обеспеченным материально пациентам. Это основывается как у пациентов, так и у врачей на широко распространенном взгляде, что неэтично и не морально брать деньги с того, кто попал в беду. Существует моральная ответственность в том, чтобы помочь этому человеку. Далее следует назвать простоту в понимании человеческих проблем, а также гуманную позицию в отношении психических аномалий, что может быть обусловлено исторически (Каркос).

Транскультурное сравнение. В то время как раньше часто говорили о призвании, теперь психотерапия все больше рассматривается как «нормальная» профессия, в которой нет места альтруизму. Напротив, говорят о «синдроме помогающих людей», о том, что «помощь утомляет», о «синдроме профессионального сгорания», а в процессе обучения и повышения квалификации специалистов все больше внимания уделяется необходимости навыков устанавливать собственные границы. Одним из аспектов установки границ является вопрос оплаты. Финансовые проблемы пациентов наряду с другими рассматриваются как лимитирующий фактор, и, если пациент не в состоянии оплатить лечение или за него не заплатит больничная касса, «не существует возможности для адекватного лечения» (Раймер). Требуется, чтобы ответственные психотерапевты были в состоянии устанавливать собственные границы, воспринимать лимитирующие условия со стороны пациентов и определять ограничения, возникающие в совершенно специфическом взаимодействии или констелляции между участниками процесса. Как ключ к этому рекомендуется постоянная супервизия.

2. Применяемые методы и техники. Почти не существует психотерапевтов, работающих в одном направлении (по западному образцу), обычно комбинируются элементы различных методов. В большинстве психотерапевтических направлений работают психотерапевты различной специализации, лечение основывается на междисциплинарном аспекте. Существует огромный интерес (и необходимость) к краткосрочной психотерапии, поэтому так популярны и пользуются спросом психологические техники. Применяются преимущественно директивные и суггестивные методы, чисто аналитических почти нет. Предпочитаются холистические и семейно-центрированные методы. Психотерапия понимается широко и, наряду с «чисто» психотерапевтическими элементами, применяются физикальные (как массаж, ванны, занятия спортом), а также акупунктура, двигательная терапия, релаксация, искусство и литература. Лечение разносторонне и целостно в смысле «комплексной психотерапии». Согласно Барашу, прошлый опыт России имеет также позитивные аспекты, которые приводят к тому, что российские специалисты более свободны, чем их западные коллеги, в выборе и принятии идеи и методов работы.

Транскультурное сравнение. Клиники и институты известны теми методами, которые они представляют, а лечебный план основывается на одном-единственном базовом методе (например, аналитические клиники, клиники поведенческой терапии и т. д.). В Германии врачу можно получить 4-летнее психотерапевтическое образование только в одном институте, сертификаты, полученные где-либо еще, не признаются. Психотерапевт идентифицируется со своим методом и/или институтом. Акцент ставится на индивидуальную психотерапию. Различные техники представляют самостоятельные направления и интегрируются в лечебный план другими психотерапевтами. В последние годы, однако, возрастает интерес к эклектической и интегративной психотерапии.

3. Форма психотерапии. Психотерапия носит преимущественно суппортивный характер. Глубинно-психологический процесс встречается редко. Психотерапевт работает в основном директивно-суггестивным способом и «ведет» пациента. Техники и методы не всегда различаются и часто применяются одновременно. Психотерапевтический процесс часто включает индивидуальную, а также семейную и групповую формы лечения. Психотерапевт стремится быстро достичь субъективного улучшения у пациента и вынужден укладываться в рамки 5-10 сеансов. В психотерапию нередко вовлекаются социальные проблемы (работа, квартира, семья, закон, деньги), и психотерапевт вынужден заниматься и этими проблемами.

Транскультурное сравнение. Психотерапевты работают преимущественно глубинно-психологически, чаще в индивидуальной форме. В Германии лечение рассчитано в среднем на 50

сеансов, так как в таком объеме оно оплачивается больничными кассами. Социальные проблемы решаются социальными работниками и соответствующими службами, так что практикующий психотерапевт лишь изредка сталкивается с этими факторами.

4. Образование. Психотерапевтическое образование и особый метод работы психотерапевт должен выбрать самостоятельно, так как в настоящее время практически не существует института, который предлагал бы полноценное многолетнее обучение. Подготовка занимает несколько месяцев, акцент в ней делается на теорию. Собственный опыт не предполагается, для супервизии почти не существует опытных практикующих психотерапевтов. Психотерапевт — своего рода «один в поле воин», зачастую он очень творческий, гибкий и относительно уверенный в себе.

Транскультурное сравнение. В Германии психотерапевтическое обучение и повышение квалификации сопутствуют профессиональному и осуществляются обычно в течение 4 лет в признанном институте постдипломного образования. Обучение финансируется участниками самостоятельно и часто представляет собой серьезную финансовую проблему. Акцент образования делается на собственном опыте (самоанализе) обучающихся; важны также теоретическая подготовка, практика, супервизорство и пациент-центрированные группы (балинтовские группы). Следует, однако, заметить, что после окончания обучения у психотерапевта еще мало практических познаний, которые он должен будет получить затем в самостоятельной работе.

5. Положение в обществе. Психотерапевт постоянно сталкивается с вызовом всякого рода целителей и шарлатанов, обещающих чудесное исцеление («лечу все болезни», «избавлю от алкоголизма за один сеанс»), а в обществе существует немало невежественных, наивных пациентов. Даже самый серьезный психотерапевт должен иметь в своем репертуаре «экспресс-техники». Одновременно многие психотерапевты на рабочем месте также подвергаются значительному давлению с требованиями успешного лечения. Руководитель часто не осведомлен о механизмах действия в психологии и психотерапии, так что психотерапевту приходится регулярно доказывать свои способности и оправданность своего существования («Если Вы психотерапевт, решите проблемы этого сотрудника», «Сделайте что-нибудь с моим ребенком, чтобы он лучше учился»). Его зарплата нередко приводится в соответствие с его успешностью. Окружающими психотерапевт иногда воспринимается как маг и волшебник, нередко наделяется сверхъестественными способностями («Вы же психотерапевт — что Вы можете сказать обо мне?»). Здесь — в обществе — он в конечном счете находит признание и восхищение своей деятельностью.

Транскультурное сравнение. Психотерапия рассматривается как серьезная профессия. А в оценке профессии часто исходят из того, какое она предполагает образование. Общепризнанно, что психотерапия представляет собой длительный, нередко многолетний процесс, который не всегда может быть успешным. Общественное положение не отличается существенно от других академических профессий и обычно связывается с базовым образованием, например, медицинским, психологическим или педагогическим.

6. О нарушениях, которые подлежат лечению. К психотерапевту обращаются пациенты с различными расстройствами, ожидая если не излечения, то уж наверняка облегчения. Низкая самооценка существует почти у всех пациентов; многие это осознают и хотели бы изменить. Почти все пациенты испытывают значительные проблемы и надеются избавиться от них в ходе психотерапевтического процесса. Тема смерти, как и на Западе, является совершенно вытесненным феноменом. Однако многие чувствуют облегчение в связи с предложением поговорить об этом (что, к сожалению, психотерапевты делают редко, поскольку не до конца прояснили свое собственное отношение к смерти и умиранию!). Мало специальных психотерапевтических стационаров.

Транскультурное сравнение. Показания к психотерапии достаточно узки. Пациенты сначала обследуются врачом на предмет органических заболеваний и только после исключения органической патологии направляются к психотерапевту. В среднем проходит несколько лет, пока пациент с органическим заболеванием будет направлен к психотерапевту. Пациенты, приходящие на лечение, страдают в основном депрессиями, страхами, психосоматическими нарушениями и невротическими расстройствами. Трудные пациенты могут быть приняты в психотерапевтические и психосоматические отделения.

Особенности психотерапии в России: расстановка (setting), психотерапевтический альянс и отношения психотерапевт — пациент. Ниже приведены результаты транскультурного сравнения различных элементов психотерапевтического союза.

Российские психотерапевты работают в различных институтах и организациях, психотерапевт сталкивается с определенными трудностями, так что его деятельность должна соответствовать этим условиям. Большое число практикует в больницах, поликлиниках или частных центрах. Психотерапевтов можно встретить в школах, педагогических учреждениях, медицинской службе крупных фирм и предприятий, военных и государственных учреждениях.

Большинству психотерапевтов не приходится находить себе пациентов, так как их либо направляют к ним, либо психотерапевту по различным причинам не удается уклониться от пациентов. «Быть направленным» к психотерапевту в связи с этим означает, что другие коллеги направляют к психотерапевту пациента, нуждающегося, на первый взгляд, в психотерапии, без всякого предварительного выяснения его мотивации и готовности к психотерапии. Если состояние пациента, например, поведение «трудного» ребенка, не улучшается — это вина исключительно психотерапевта. Роль, задача и ответственность пациента в психотерапевтическом процессе почти не учитываются и не являются значимыми. Сильно также семейно-социальное давление с необходимостью лечения родственников и друзей, а отказ воспринимается как оскорбление, критерий ненадежности дружбы и т. д.

Психотерапевт должен прежде всего исходить из того, что пациент чаще придет всего на один сеанс. Вернется ли он еще раз после первой беседы, зависит от многих факторов, в существенной степени от того, насколько «успешным» и убедительным показался психотерапевт (не пациент!). Параметрами хорошего психотерапевта являются улучшение самочувствия после сеанса, принятие субъективной позиции, устраивающей пациента, и сообщение практических техник и советов, которые могут быть употреблены сразу же. Психотерапевт постоянно находится под гнетом достижения эффекта и цейтнота, так как при «плохом начале» пациент просто больше не придет.

Обсуждение формальных условий психотерапии затруднительно для обеих сторон. Если пациент наконец обрел доверие к психотерапевту и начал свободно высказываться, то последний не может ограничить время сеанса или объяснить, что отведенное время истекло. Доверие, чувства и эмпатия не хотят подчиняться никакой регламентации. Так, психотерапевтический сеанс может длиться 90 мин, а иногда и 2-3 часа. Здесь отчетливо проступает транскультурный аспект психотерапевтических отношений, в то время как на Западе психотерапевтический союз является деловым соглашением, в России на первый план выступают человеческие отношения. Если психотерапевт выдержит временные рамки, он вступит в конфликт со своей совестью, правильно ли он поступил, прервав страдающего пациента только лишь потому, что окончилось время.

Вопрос оплаты — еще один сложный аспект. В государственных учреждениях, таких как больницы и поликлиники, существует положение, что психотерапевты обслуживают пациентов бесплатно, и психотерапевт обязан принять каждого желающего. Многочисленные психотерапевты имеют небольшую частную практику, помимо официальной деятельности, чтобы зарабатывать деньги, а также заниматься «чистой» психотерапией. Типичный пациент почти не имеет финансовых возможностей для такого лечения, так что в последнее время очень благоприятной клиентурой являются в основном так называемые новые русские и в особенности их жены. Брать деньги за услуги, особенно для человека, обязанного помогать, считается неэтичным (новые русские являются исключением). Все работающие сегодня психотерапевты пережили советское время и помнят общественно-идеологическую установку по отношению к деньгам. Еще одну проблему представляет собой необязательность пациентов и их частые финансовые проблемы. Особенно сложно, когда пациент мотивирован на психотерапию, однако не имеет на это денег. Отказать такому пациенту практически невозможно как с общественной позиции, так и эмоционально, об этом трудно договориться с собственной совестью. В повседневности же получается так, что существует слишком мало платежеспособных пациентов, которые бы позволили обслуживать других неимущих пациентов. Часто оплата обусловливается успехом психотерапии («Заплатите в соответствии с оценкой моей работы и Вашего выздоровления»), явкой пациента или его общими представлениями («Заплатите столько, сколько считаете нужным» или «Сколько не жалко»).

Психотерапевтический процесс предполагает преимущественно индивидуальную психотерапию. Часто на первый сеанс пациента приводят родственники (довольно часто матери), это они сказали ему о необходимости лечиться, однако впоследствии они редко появляются на сеансах, особенно если психотерапевт (прямо или косвенно) замечает, что они — родственники — также причастны к заболеванию.

Частым феноменом является вопрос вины. Нередко уже в первой беседе звучит следующее «Мы расскажем Вам ситуацию, а Вы скажите, кто виноват». Происхождение вопроса вины, безусловно, имеет исторические корни в недавнем прошлом («поиск "врагов народа" и

виноватых»). Психотерапевт наделяется ролью судьи, он должен обладать достаточным опытом, чтобы не принять эту роль, а сконцентрироваться на содержательном аспекте отношений.

Отношения между психотерапевтом и пациентом продолжаются после сеанса и после завершения лечения, как это принято и требуется в коллективистских обществах. Прерывание отношений в смысле «психотерапевтической абстиненции» психоанализа истолковывается пациентом как обесценивание и не вызывает понимания. Пациенты в дальнейшем часто становятся хорошими друзьями психотерапевта и готовы оказать помощь, обычно связанную с их профессиональной деятельностью (ремонт автомобилей, приобретение водительских прав и т. д.). Карвасарский указывает на то, что ни в какой другой области медицины этические аспекты не имеют такого значения, как в психотерапии.

Транскультурное сравнение. Во время лечения внимание уделяется не только психотерапевтическим отношениям, но уже с самого начала работы — общению психотерапевта и пациента, которое начинается с установления контакта. Уже сам способ установления этого контакта должен указывать психотерапевту на характер нарушения, особенности ожидаемых в последующем взаимодействий и на прогноз возможного лечения. Было установлено, что качество психотерапевтического альянса в начале психотерапии существенно коррелирует с результатом лечения. При первой беседе, психотерапевтическом сборе анамнеза, речь идет, наряду с постановкой диагноза, прежде всего об оценке показаний или противопоказаний возможной психотерапии. Для «процесса определения показаний» значимыми являются четыре аспекта: пациент, расстройство, форма психотерапии и психотерапевт. Психотерапевт заинтересован в том, чтобы последовательно проверить мотивацию пациента, и не только с точки зрения выраженности его страдания, но и исходя из представлений пациента о ценности и необходимости психотерапии.

С транскультурной точки зрения здесь особенно интересен вопрос так называемого соответствия. Не только пациент, но и психотерапевт должен быть мотивирован на начало лечения. Он должен проанализировать свои чувства к пациенту (эмпатию, антипатию) и вполне вправе отказать пациенту. «Только мазохисты лечат всех одинаково охотно», — говорят в психотерапевтических кругах на Западе.

Существует список показаний к глубинно-ориентированной психотерапии. Только если эти критерии выполняются, может быть начата собственно психотерапия. Аналогично существуют и противопоказания. Большое значение придается процессу окончания психотерапии, поскольку он актуализирует предыдущий опыт расставаний и потерь. Здесь используются некоторые техники, так же как пробное расставание и последующие беседы, которые должны помочь пациенту (и психотерапевту) подготовиться к расставанию и периоду после завершения психотерапии.

Важной целью первой беседы, наряду с диагностической и психотерапевтической функциями, является обсуждение формальных и содержательных рамок психотерапевтического процесса, которым придается существенное значение в успехе лечения. В основном при этом речь идет о выборе психотерапевта, формы психотерапии, частоте и длительности сеансов, оценке длительности психотерапии и условиях оплаты.

В формальных условиях психотерапии различают пространственные и временные факторы. Под пространственными условиями понимают, помимо прочего, расположение пациента и психотерапевта во время работы, вплоть до угла между ними (оба должны сидеть под углом 90 градусов друг к другу). Под временными условиями понимаются частота и длительность сеансов. Как правило, при глубинно-психологическом лечении речь идет об одном сеансе в неделю (около 50 мин) и общей длительности психотерапии от двух до пяти лет. В Германии, например, пациенты вынуждены ждать места на лечение до года, будучи включены в специальный список ожидающих психотерапевта. Это, помимо прочего, должно усилить страдания пациента и проверить его мотивацию — и то, и другое молено считать хорошей предпосылкой для успешной психотерапии.

При формулировании содержательных условий психотерапии пациент рассматривается как (нуждающийся в помощи) партнер, который должен участвовать в планировании психотерапии. Принято говорить о «максимально возможной открытости» по отношению к пациенту, о «совместно запланированной работе и сотрудничестве». При этом речь идет об установлении рабочего союза, формулировании совместных представлений о цели, концентрации на «актуальном невротическом конфликте» и выяснении защитных механизмов, таких как регрессия, перенос и контрперенос.

С транскультурной точки зрения вопрос оплаты особенно интересен. В США не только принято, но даже поощряется обсуждение оплаты в конце первого сеанса. В целом пациент должен

соответствовать финансовым критериям психотерапевта или подыскать себе другого (соответствующего возможностям) врача. Категорически не рекомендуется лечить пациента бесплатно или принимать оплату ниже установленной психотерапевтом границы. Последнее может привести к контрпереносу, например, к потере интереса или скуке. Есть психотерапевты, которые требуют оплаты любого пропущенного сеанса (включая болезнь или отпуск пациента) или допускают 24-часовую отсрочку оплаты.

Отношения с пациентом вне психотерапии рассматриваются как неэтичное поведение и нарушение закона абстиненции. Фрейд сформулировал психоаналитическое правило абстиненции, сущность которого выражается так: «Лечение должно проводиться в абстиненции». В последние годы в связи с этим широко дискутируется вопрос о сексуальном злоупотреблении психотерапевтами-мужчинами (каждый сексуальный контакт между психотерапевтом и пациентом, в том числе и вне сеанса, рассматривается как злоупотребление). Появились многочисленные публикации специалистов и пострадавших. Психотерапевтическая абстиненция распространяется не только на сексуальные отношения, но и на другие этические проблемы, например, рестриктивное финансовое регулирование, перенос собственных ценностных представлений и идеологии на пациентов, обязанность психотерапевта контролировать свои нарциссические, эмоциональные потребности по отношению к пациенту (нарциссическое злоупотребление) и сохранение интимности и анонимности пациента. Проводятся специальные семинары, посвященные вопросам этики.

Психотерапия в многонациональном обществе XXI в. должна быть транскультурной. Россия уже является многонациональной страной, и эта тенденция охватывает весь мир.

Ниже приведены сравнительные данные исследования некоторых аспектов психотерапии, проведенных в России и Германии (X. Пезешкиан).

В среднем длительность одного сеанса колеблется от 45 до 60 мин. Немецкие психотерапевты иногда работают менее 30 мин, причиной этого является то, что проведение краткосрочной психотерапии узаконено в больничных кассах в пределах 25 мин. Частота сеансов составляет 1 раз в неделю и идентична в обеих странах. Длительность психотерапии отличается весьма существенно. В 88 % случаев в России психотерапия длится максимум 10 сеансов. В Германии в 63 % случаев проводится от 11 до 30 сеансов. Российский психотерапевт, таким образом, располагает только третью времени по сравнению с немецким. Значимо отличие в том, что на Западе называют пациентами, прерывающими психотерапию. Четверть российских психотерапевтов вынуждена считаться с тем, что пациент после первой беседы с вероятностью в 30-40 % больше не придет. Напротив, немецкий психотерапевт может быть уверен, что пациент не прервет начатое лечение. Это определяет форсирование успеха российскими психотерапевтами, успех должен быть достигнут на первом сеансе или сразу после него, поскольку, возможно, это был последний сеанс. Интерес к техникам и краткосрочной психотерапии, скорее всего, связан с этой причиной. В России вопрос, относящийся к гарантии успеха, гораздо шире распространен, чем в Германии.

Отношение к пациентам, которые не в состоянии платить за лечение, — это проблема для российских психотерапевтов, в то время как свыше трети всех немецких психотерапевтов никогда не бывали в такой ситуации. Около 90 % всех российских психотерапевтов не отказали бы в помощи пациентам, лишенным средств, немецкие коллеги занимают такую же позицию в 60 % случаев (однако гораздо реже имели дело с такими пациентами). Более трети немецких психотерапевтов никогда не оказывали бесплатную помощь. Организационные условия психотерапии чаще обсуждаются немецкими коллегами, чем российскими, из которых около 30 % вообще никогда не делают этого или делают крайне редко. Российские психотерапевты в большей степени проявляют сочувствие и сострадание к пациентам. Как принято в коллективистских обществах, важнейшим являются отношения между двумя людьми, а не деньги или другие факторы. Эта поддерживающая отношения тенденция в России сказывается на различных аспектах психотерапии, в том числе на обсуждении финансовых вопросов с пациентами.

Российские психотерапевты чаще верят в сверхъестественное в широком смысле, чем их немецкие коллеги, и чаще используют эти элементы в работе.

Контрольные вопросы

1. Для традиционной российской психотерапии характерно все указанное, кроме:

   1) психотерапевт работает глубинно-психологически, обычно в индивидуальной форме;

   2) психотерапевт «ведет» пациента в основном «суггестивно-директивно»;

   3) преобладает суппортивный характер психотерапии (поддерживающая психотерапия);

4) психотерапевт чаще использует методы краткосрочной («комплексной») психотерапии.

2. Для традиционной российской психотерапии характерно все указанное, кроме:

1) психотерапевт подвергается давлению со стороны руководителей, которые требуют от него успешного лечения многих пациентов, не будучи осведомленным в возможностях и границах психотерапии;

2) пациент также требует от психотерапевта быстрого успешного лечения, нередко при этом он наделяется почти сверхестественными способностями;

3) психотерапия воспринимается как длительный лечебный процесс, который не всегда может быть успешным;

4) психотерапевт должен учитывать, что в обществе существует немало наивных пациентов, которые верят альтернативным целителям, поэтому должен иметь в своем репертуаре магические элементы или экспресс-техники.

3. Для западной психотерапии более характерно все указанное, кроме:

1) психотерапевт идентифицируется с одним методом (институтом) и работает только в этом направлении;

2) акцент на индивидуальной психотерапии;

3) сертификат психотерапевта можно получить только в каком-либо одном институте после 3-4-летней специальной подготовки в нем;

4) лечение разностороннее и целостно в смысле «комплексной» (интегративной) психотерапии.

4. Для западной психотерапии характерно все указанное, кроме:

1) вопрос оплаты открыто обсуждается психотерапевтом уже в самом начале психотерапии;

2) характер психотерапии должен соответствовать финансовым критериям (подбор метода психотерапии в соответствии с финансовыми возможностями пациента);

3) психотерапевт в большой степени проявляет сочувствие и сострадание к пациентам, большинство психотерапевтов не отказали бы в помощи пациентам лишенным средств;

4) категорически не рекомендуется лечить пациента бесплатно или принимать оплату ниже установленной психотерапевтом границы.

Глава 4. Организация психотерапевтической помощи.

Особенности и различные формы организации психотерапевтической помощи.

Психотерапевтическая помощь в России в настоящее время осуществляется системой самостоятельных психотерапевтических учреждений и психотерапевтических подразделений (других учреждений)) лечебно-профилактической сети. Находясь на одной территории обслуживания (района, города, области, края, республики), они образуют психотерапевтическую службу, методическое руководство которой осуществляется главным психотерапевтом органа управления здравоохранением Администрации субъекта Российской Федерации. Психотерапевтическая служба тесно связана с психиатрической службой, вместе с которой, а также с другими специализированными службами — кризисной, сексологической и др., образует региональную систему охраны психического здоровья населения.

Основные подходы к организации психотерапевтической помощи:

— принцип приближения психотерапевтической помощи к населению, создание психотерапевтических кабинетов в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля, специализированных центрах, многопрофильных больницах;

— принцип ступенчатости, создание системы подразделений и учреждений, осуществляющих психотерапевтическую помощь на различных уровнях;

— принцип преемственности, взаимной дополняемости учреждений и подразделений, оказывающих психотерапевтическую помощь на различных уровнях.

В структуре психотерапевтической помощи основными являются психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр; к вспомогательным психотерапевтическим учреждениям относятся кабинеты психологической разгрузки, кабинеты социально-психологической помощи, психологические консультации, психотерапевтические клубы и «клубы бывших пациентов», психотерапевтические студии.

Психотерапия в России за последние годы получила значительное развитие как самостоятельная медицинская дисциплина и самостоятельная система помощи населению. В становлении психотерапии с собственными научно-организационными и методическими подходами большую роль сыграло признание ее профессиональным психиатрическим сообществом. Психотерапия понимается сегодня в России как медицинская специальность, генетически связанная с пограничной психиатрией, формирующаяся на границах медицины с общей, дифференциальной, медицинской, социальной и другими прикладными областями психологии, коррекционной педагогикой и психолингвистикой.

Пройдя длительный период (более 10 лет) активного «импорта» психотерапевтических технологий из зарубежных школ, отечественная психотерапия, поддерживая различные научно-обоснованные направления и модели психотерапии, способствующие ее развитию, государственные и негосударственные формы организации, сосредоточивает свое внимание на научно-прикладных и организационно-методических аспектах дальнейшего формирования психотерапии как медицинской специальности. При этом учитывается специфика традиционных школ отечественной психотерапии, смежных с ней научных дисциплин, а также результаты научных исследований, особенности российского здравоохранения. Укрепление психотерапии в уже определившихся в настоящее время законодательно-правовых рамках в наибольшей степени соответствует ее задачам в конкретных социально-экономических и культурных условиях современной России. Переживаемый страной в настоящее время острый политический и экономический кризис только усиливает значение психотерапии как области науки и практической деятельности, способной в возможной для медицинской практики мере оказать влияние на негативные последствия переживаемых трудностей для личности, семьи и общества, и нацеливает психотерапевтов на скорейшее внедрение оправдавших себя методических и организационных подходов. Этого требуют беспрецедентно широкие в условиях современной России проявления постстрессовых расстройств, нарастание чувства неопределенности, тревоги и страха, что обусловливает заметное распространение пограничных психических расстройств и суицидального поведения. Фактически для еще молодой и только сформировавшейся психотерапевтической службы происходящие социально-экономические процессы могут стать своеобразным экзаменом на прочность.

Становление отечественной психотерапевтической службы в последние годы определялось развитием ее нормативной базы — Законом Российской Федерации от 02.07.92 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», другими законодательными актами Российской Федерации и ее субъектов. Большое значение для развития психотерапии как медицинской специальности сыграли федеральные и региональные целевые программы «Неотложные меры совершенствования психиатрической помощи (1995-1997 гг.)», которые, в частности, включали меры по улучшению подготовки специалистов, принимающих участие в оказании психотерапевтической помощи, организации психотерапевтических отделений, региональных психотерапевтических центров. Они получили развитие в федеральной программе «Неотложные меры совершенствования психиатрической помощи (2000-2004 гг.)» и в действующих региональных программах, которые формулируют целостные концепции совершенствования психотерапевтической службы. Важную роль сыграло привлечение Отделом психоневрологической помощи Минздрава России организаторов, ученых и практиков в области психотерапии для разработки стратегии развития специальности и службы, а также экспертизы проектов директивных и методических документов. Результатом усилий большой группы специалистов, в том числе Федерального центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России (Санкт-Петербург) и Российской Психотерапевтической Ассоциации, стала серия приказов Минздрава России, определяющих направления и условия развития отечественной психотерапии.

Приказом от 13.02.95 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь» определены штаты врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и специалистов по социальной работе в психиатрических учреждениях. В настоящее время в психиатрических стационарах предусмотрены штаты врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и социальных работников, из расчета 1 должность каждого из перечисленных специалистов на 50 коек. Включение этих специалистов в

работу психиатрических учреждений способствовало значительной гуманизации психиатрической помощи, создало предпосылки для внедрения в широкую лечебную сеть бригадного подхода в организации психотерапевтического процесса.

Приказом от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» [Здесь и далее положения и требования приказа № 294 могут изменяться и дополняться последующими нормативными документами Минздрава России.] сформулированы основные требования, определяющие дальнейшее развитие психотерапии не только в рамках психиатрических учреждений. В нем, в частности, содержатся Положения о враче-психотерапевте, медицинском (клиническом) психологе, специалисте по социальной работе и социальном работнике, о психотерапевтическом кабинете и психотерапевтическом отделении, нормативы их оснащения и штаты. Согласно приказу, указанные подразделения могут быть развернуты практически в любом специализированном или многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении.

В приказе Минздрава России от 26.11.96 г. № 391 приводятся требования к профессиональной непрерывной подготовке медицинских психологов, а также методические рекомендации по взаимодействию основных специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе: врача-психотерапевта и медицинского (клинического) психолога.

Приказом Минздрава России от 28.07.97 г. № 226 определены требования к подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников.

В перечисленных нормативных документах была сформулирована концепция дальнейшего совершенствования психотерапевтической службы, в основу которой положены следующие элементы:

— разработка образовательных стандартов и требований к подготовке специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь, в частности 700-часовой стандарт по специальности «психотерапия» для врачей-психотерапевтов и 1500-часовой стандарт для медицинских психологов;

— система образовательных учреждений, проводящих подготовку вышеуказанных специалистов;

— внедрение в практику принципов и создание организационных условий по взаимодействию специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь;

— совершенствование оснащения психотерапевтических подразделений (кабинетов и отделений), создание психотерапевтических центров;

— гибкое развитие инфраструктуры психотерапевтической службы в соответствии с потребностью в психотерапевтической помощи для населения, сочетания государственных и частных, амбулаторных и стационарных, терапевтических и реабилитационных психотерапевтических подразделений;

— сохранение технологического единства психотерапевтических учреждений, входящих в психотерапевтическую службу.

В дальнейшем при реализации данной концепции определились еще несколько чрезвычайно важных направлений в развитии психотерапевтической помощи: профессиональная экспертиза при сертификации, лицензировании и аккредитации специалистов, чему было посвящено специальное методическое письмо Минздрава России №97/58 «Вопросы экспертизы при сертификации врачей-психотерапевтов и лицензировании учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь»; определение перечня психотерапевтических методов, используемых в нашей стране (с целью улучшения работы комиссий по лицензированию и аккредитации медицинской деятельности), для чего Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии специально изучены подходы к преподаванию методов психотерапии на кафедрах и курсах психотерапии медицинских вузов, а также обучение методам психотерапии в негосударственных образовательных учреждениях. В результате проведенной работы по созданию нормативно-методических документов, конкретной организационной деятельности региональных психотерапевтических служб, инициативной работы врачей-психотерапевтов за последнее время отмечена положительная динамика в показателях развития психотерапевтической службы.

Предусмотренный норматив открытия психотерапевтических кабинетов из расчета 1 кабинет на 25 тыс. взрослого населения и 1 кабинет на 200 коек в многопрофильных больницах, а также создание психотерапевтических отделений из расчета 1 отделение на 200 тыс. взрослого населения пока остается не достигнутым. Однако в последние годы значительно увеличилось число психотерапевтических кабинетов в территориальных поликлиниках, многопрофильных

больницах, специализированных учреждениях: с 1200 в 1994 г. до 2100 в 2000 г. Это значительно приближает квалифицированную психотерапевтическую помощь к населению и при надлежащем ее обеспечении кадрами медицинских психологов и социальных работников создает предпосылки к интеграции психологической и социальной помощи в традиционную для России медицинскую модель помощи пациентам. Активная разработка бригадной модели оказания психотерапевтической помощи, основанной на современных принципах организации терапевтической среды, терапевтического сообщества и более современной их формы на основе концепции «терапевтического поля» позволила не только интегрировать в общемедицинскую практику сочетание психотерапевтической и психиатрической помощи в узком понимании, но также приблизить медико-психологическую и социальную работу к населению за счет создания в психоневрологических диспансерах, поликлиниках и многопрофильных больницах психотерапевтических кабинетов. В состав терапевтических бригад в психиатрических и психотерапевтических учреждениях наряду с врачом включены также медицинский (клинический) психолог и социальный работник.

Специальное исследование показало постепенное улучшение материально-технической базы психотерапевтической службы. Несмотря на трудное экономическое положение учреждений здравоохранения, материально-техническое оснащение трети психотерапевтических кабинетов приближается к стандарту, предусматривающему включение в состав психотерапевтического кабинета помещений для проведения индивидуальной и групповой психотерапии, кабинета клинического (медицинского) психолога и социального работника. В большинстве случаев психотерапевтические кабинеты располагают персональными компьютерами, аудиосистемами, то есть необходимым оснащением и условиями для проведения эффективной помощи пациентам. Важным показателем является рост числа психотерапевтических кабинетов в многопрофильных больницах и профильных медицинских центрах, что указывает на оправдавшую себя стратегию приближения реальной помощи по охране психического здоровья к населению.

В здравоохранении активно осваиваются новые формы организации психотерапевтической помощи: значительно увеличилось число психотерапевтических стационарных отделений (специализированных подразделений больничных учреждений, где психотерапия играет ведущую роль в лечении заболеваний и применяется в сочетании с другими методами). Значительно возросло число психотерапевтических стационарных отделений в многопрофильных больницах и в психиатрических стационарах. Многие из этих отделений становятся базой для подготовки врачей-психотерапевтов и других специалистов, участвующих в оказании психотерапевтической помощи населению. Признаком интеграции психотерапевтической помощи в различные области медицинской практики является значительное расширение спектра стационарных подразделений больниц, использующих психотерапию в лечении широкого круга невротических и психосоматических расстройств.

Становлению самостоятельной психотерапевтической службы в системе учреждений по охране психического здоровья населения способствовало значительное увеличение числа и организационно-методического потенциала региональных психотерапевтических центров. Эти специализированные учреждения не только оказывают сложные виды психотерапевтической помощи населению на территории обслуживания, но и формируют систему оказания психотерапевтической помощи, осуществляют координацию деятельности всех психотерапевтических подразделений на основе современных технологий и медико-экономических стандартов, что способствует дальнейшей интеграции психотерапевтической помощи в развивающиеся системы регионального здравоохранения.

Значимым элементом развития психотерапевтической службы явился институт главных психотерапевтов региональных органов управления здравоохранением. Именно их усилиями в значительной мере определяется качество развития психотерапевтической помощи на территориях субъектов Российской Федерации.

Одной из отличительных особенностей специалистов в области психотерапии является их стремление к созданию профессиональных объединений. Наиболее крупной является Российская Психотерапевтическая Ассоциация (РПА), в составе которой насчитывается 47 региональных отделений и более 600 специалистов, занимающихся различными видами психотерапии. Работа РПА способствовала координации усилий профессионального психотерапевтического сообщества по подготовке, поддержке и защите интересов специалистов, улучшению качества организации психотерапии в регионах.

В настоящее время в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь в стране, работает около 2200 врачей-психотерапевтов, 1500 психологов и 350 специалистов по социальной работе, тогда как специалистов по социальной работе требуется не

менее 2500, социальных работников со средним образованием — не менее 9000, медицинских (клинических) психологов — 7000-9000 и врачей-психотерапевтов — не менее 8000.

Этапы психотерапевтической помощи. В качестве первого этапа психотерапевтической помощи больным неврозами и другими пограничными психическими расстройствами выступает психотерапевтический кабинет основного звена лечебного обслуживания — поликлиники. По данным литературы, у невропатологов поликлиник лечится 49-57%, у терапевтов — 34-47% больных, нуждающихся в психотерапевтической помощи. Психотерапевтическая помощь, оказываемая в поликлиниках, имеет свои особенности, к которым относятся быстрое установление контакта между врачом и пациентм; мобилизация всех неспецифических факторов лечебного процесса; краткосрочность и интенсивность психотерапевтической помощи, преобладание рациональной психотерапии и косвенного внушения; сочетание психотерапии с другими видами лечения.

В связи с перераспределением контингентов больных с психическими расстройствами и увеличением круга пограничных расстройств и психических заболеваний в состоянии ремиссии, увеличением числа подготовленных врачей-психотерапевтов, признанием роли психотерапевтического кабинета в качестве основного элемента в структуре психотерапевтической службы, значительной специализации психотерапевтического процесса, расширения спектра психотерапевтических методов, развития бригадных подходов при оказании психотерапевтической помощи, следует признать, что проведение психотерапии неспециалистами (врачами общей практики) имеет уже лишь историческое значение. В основном их роль в обеспечении современного психотерапевтического процесса сводится к ранней диагностике и своевременному направлению пациентов в психотерапевтический кабинет, который и проводит все необходимые мероприятия. При этом врач-психотерапевт, имеющий специальную подготовку по психиатрии, на данном этапе осуществляет задачи взаимодействия психотерапевтического кабинета с психоневрологическими диспансерами и другими учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь. В связи с повышением роли психотерапевтического кабинета как самостоятельного подразделения психотерапевтической службы и системы охраны психического здоровья в целом, первый этап психотерапевтической помощи может и выходить за пределы территориальной поликлиники. Эту же роль может выполнять психотерапевтический кабинет медико-санитарной части промышленного предприятия, гастроэнтерологического, кардиологического, пульмонологического специализированных стационаров, профильного центра профилактики ВИЧ, венерологического диспансера, а также психотерапевтические кабинеты многопрофильных больниц. Важную роль при оказании психотерапевтической помощи выполняет специализированный психотерапевтический кабинет психоневрологического диспансера. При сходстве с психотерапевтическим кабинетом других лечебно-профилактических учреждений структуры и организации своей деятельности такие кабинеты проводят лечение больных с более тяжелыми психическими расстройствами, а также пациентов с пограничной патологией, сопровождающейся более выраженными, чем у пациентов поликлиник, психопатологическими нарушениями. При хорошей организации психотерапевтической службы, психотерапевтические кабинеты разных учреждений координируют свои действия, оказывая помощь пациентам различной нозологической принадлежности.

Следующее, второе звено психотерапевтической помощи — стационарные и полустационарные психотерапевтические отделения и из них — специализированные отделения для лечения неврозов. Такие отделения могут создаваться на базе многопрофильных и психиатрических больниц, психоневрологических диспансеров. Их особенностями является проведение интенсивной психотерапии пациентов с хроническими, тяжелыми формами невротических расстройств, неврозами и непсихотическими психическими расстройствами на фоне органических заболеваний головного мозга, больных, для которых повседневное социальное окружение является условием декомпенсации и тяжелого эмоционального стресса настолько, что это делает чрезвычайно трудной или почти невозможной их амбулаторную психотерапию. Доминирующим видом психотерапии в таком отделении являются личностно-ориентированные методы, в частности, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Отделение предполагает значительную интенсификацию лечебного процесса в сравнении с тем, что осуществляется амбулаторно. Пребывание пациента в отделении в течение дня или части дня позволяет организовать распорядок таким образом, что практически все проводимые мероприятия обладают психотерапевтическими свойствами, при этом нередко стирается грань между социотерапевтическим и собственно психотерапевтическим воздействием, повышается мотивация пациентов к участию в психотерапии, повышается эффективность как специфических, так и неспецифических мероприятий. В отделениях используются различные виды групповой психотерапии. Важнейшей спецификой деятельности современного психотерапевтического

отделения является проведение комбинированного лечения, преимущественно основанного на методах психотерапии, а также организация психотерапевтической среды и психотерапевтического сообщества, создание интегративных психотерапевтических программ на основе бригадного взаимодействия и модели «терапевтического поля». Психотерапевтические отделения, создаваемые в различных лечебно-профилактических учреждениях, различаются по своей спецификации и контингентам обслуживаемых пациентов.

С учетом интеграции в отечественную психотерапию методов долгосрочной психотерапии и признания достижений школы динамической психотерапии, а также в связи с тем, что за сравнительно короткое время пребывания пациента в психотерапевтическом отделении (от 1 до 3 мес) не удается в полной мере выполнить весь комплекс лечебно-реабилитационных задач, психотерапевтическое отделение не может рассматриваться в качестве единственно возможной специализированной и завершающей формы организации психотерапевтической помощи.

Активно создаются так называемые психотерапевтические центры — учреждения, осуществляющие разнообразные виды психотерапевтической помощи, имеющие в своем составе кабинеты, специализирующиеся на проведении сложных видов психотерапии (амбулаторной, групповой, семейной, помощи детям и подросткам), а также дневные стационары и стационарные психотерапевтические отделения. Психотерапевтические центры выступают в качестве третьего звена психотерапевтической помощи. Это учреждения, которые в определенной мере оправдали высказывавшиеся в свое время прогнозы относительно возможности создания психотерапевтических диспансеров со специфическими для психотерапевтической специальности особенностями, представляющие собой учреждения-координаторы психотерапевтической работы на определенной территории, создающими предпосылки для адекватного применения всего комплекса психотерапевтических методов.

Организация работы психотерапевтических подразделений. *Психотерапевтический кабинет* является основным структурным подразделением психотерапевтической службы и основной формой организации психотерапевтической помощи. В территориальных поликлиниках психотерапевтические кабинеты начали создаваться с 1986 г. на основании приказа Минздрава России от 19.12.86 г. № 903. Содержание и порядок работы психотерапевтического кабинета определяется приказом Минздрава России от 30.10.95 г. № 294. Психотерапевтические кабинеты создаются в территориальных поликлиниках из расчета один психотерапевтический кабинет на 25 тыс. населения, в специализированных центрах гастроэнтерологического, кардиологического, пульмонологического и другого профиля, а также в многопрофильных больницах из расчета один психотерапевтический кабинет на 200 коек. В задачи психотерапевтического кабинета в территориальной поликлинике входит: проведение консультативной помощи пациентам, направленным участковыми врачами и врачами-специалистами; отбор больных для психотерапии в условиях поликлиники; лечение пациентов с неосложненными формами неврозов, другими пограничными состояниями, психическими и психосоматическими заболеваниями в ходе осуществления индивидуализированных комплексных терапевтических и реабилитационных программ; направление больных для лечения в психоневрологический диспансер или другое специализированное учреждение, оказывающее психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

В штат психотерапевтического кабинета входят по одной должности врача-психотерапевта, медицинского (клинического) психолога, социального работника.

Прием ведет врач-психотерапевт, который осуществляет общее руководство работой кабинета, привлекая для психологического обследования пациента и проведения психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий медицинского (клинического) психолога и специалиста по социальной работе (социального работника). Психотерапевтический кабинет обеспечен техническими средствами для проведения необходимых диагностических и терапевтических мероприятий. Для получения права на психотерапевтическую деятельность врач-психотерапевт сдает сертификационный экзамен в установленном порядке. Оформление специально оборудованных помещений должно учитывать особенности контингентов больных, обеспечивать благоприятное психологическое воздействие элементов дизайна, создавать непринужденную обстановку, уют и комфорт. Психотерапевтический кабинет располагается в нескольких помещениях, пространственно удаленных от других помещений или от территории лечебно-профилактического учреждения, в структуре которых разворачивается психотерапевтическая служба. Хорошие условия работы кабинета обеспечиваются такой его организацией, при которой имеются приемная комната, кабинет врача-психотерапевта, помещения для индивидуальной психотерапии и групповых занятий. Созданию общих предпосылок для установления психотерапевтического контакта между врачом и пациентом помогает оформление приемной

комнаты, в ней находится книга отзывов пациентов, завершивших лечение, удостоверения о квалификации психотерапевтов, плакаты с выдержками из популярной психотерапевтической литературы и др. В кабинете психотерапевта, в котором начинается общение с пациентом, заполняется первичная и иная медицинская документация, уточняется мотивация обращения пациента за лечением с использованием методов психотерапии. Здесь же может находиться рабочее место среднего медицинского работника, оказывающего помощь врачу в оформлении медицинской документации.

Переход в другое помещение для проведения собственно психотерапии подчеркивает смену обычного стиля медицинского врачебного приема на неформальный стиль психотерапевтического действия. Необходимость разделения кабинета на помещения для приема и помещения для проведения психотерапевтической работы становится более очевидным при ориентации психотерапевта на современные гуманистические варианты психотерапии, предполагающие партнерские взаимоотношения между пациентом и психотерапевтом. Это особенно важно на начальных этапах лечения, когда решается вопрос о выборе модели, психотерапии и стиля поведения врача. Наличие отдельного помещения для групповых занятий отражает тенденцию современной психотерапии, предполагающую сочетание различных методов и форм воздействия на пациентов, а в условиях поликлиники способствует также интенсификации лечебного процесса.

Организация работы кабинета в определенной мере зависит от принятого порядка деятельности лечебно-профилактического учреждения, на базе которого расположен кабинет. Наиболее частой организационной формой движения пациентов являются листы самозаписи или талонная система, в некоторых случаях запись осуществляется по телефону. Выделяется время для работы с первичными пациентами и для повторных встреч. Из деонтологических соображений, а иногда и в целях обеспечения анонимного обращения в кабинете создается отдельная от общей регистратуры картотека медицинских документов (амбулаторных карт), ведется другая необходимая отчетно-учетная документация.

Специализированную помощь оказывают психотерапевтические кабинеты, созданные на базе профильных лечебно-профилактических учреждений. Например, в кардиологических диспансерах и центрах врачи-психотерапевты оказывают помощь больным с сердечно-сосудистой патологией, в гастроэнтерологических центрах — с патологией желудочно-кишечного тракта, в наркологических диспансерах проводят анонимное лечение зависимости от алкоголя, табака и токсических веществ, на базе физкультурных диспансеров осуществляют психологическую подготовку спортсменов. Для работы в таких кабинетах требуется дополнительная подготовка врачей-психотерапевтов в соответствии с профилем обслуживаемого контингента.

Требования, предъявляемые к работе психотерапевтических кабинетов, не входящих в государственные и муниципальные системы здравоохранения, не должны отличаться от требований к работе традиционных психотерапевтических кабинетов.

Психотерапевтические отделения организуются в соответствии с приказом Минздрава России от 30.10.95 г. № 294. Они создаются в республиканских, окружных, краевых, областных, административных центрах, а также в городах с населением не менее 250 тыс., в многопрофильных больницах, психотерапевтических центрах, психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах. Эти отделения выступают в качестве одного из звеньев общей системы психотерапевтической помощи. По своей организации и целям оказания помощи они предназначаются для лечения больных неврозами и другими пограничными состояниями, с нервно-психическими и психосоматическими расстройствами, больных с психическими заболеваниями в состоянии ремиссии. Основной контингент психотерапевтических отделений — главным образом пациенты с тяжелыми формами неврозов, для которых их обычное социальное окружение является постоянным психотравмирующим фактором.

В психотерапевтическом отделении многопрофильной больницы основную часть пациентов составляют лица, страдающие соматическими заболеваниями, в психиатрической больнице — лица с малопрогредиентными формами психической патологии, неврозоподобными расстройствами. Так называемые отделения динамической психиатрии организуются для лечения пациентов с психическими заболеваниями на стадии формирующейся ремиссии.

Психотерапия в условиях психотерапевтического отделения отличается от проводимой амбулаторной практики своими особенностями, среди которых можно выделить следующие. Доминирующее значение имеет личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, направленная на смягчение и ликвидацию тяжелых форм невротических и других пограничных нервно-психических расстройств. Позитивный терапевтический эффект достигается благодаря максимальному использованию межличностного взаимодействия персонала отделения с больными, а также элементов самоуправления пациентов («советов больных» и т. п.),

способствующих самоорганизации и вовлечению максимального числа больных в деятельность, направленную на активное преодоление болезни. Создание психотерапевтической среды предполагает дополнительную подготовку специалистов и медицинского персонала.

Еще один фактор, способствующий повышению эффективности лечения в психотерапевтическом отделении — это использование дифференцированных режимов. При улучшении состояния больного для практического разрешения актуальных личностных проблем, выявленных в процессе психотерапии, его переводят на более активирующий режим. Своевременное изменение режима пребывания пациента в отделении способствует восстановлению утраченных в период болезни социальных связей и служит профилактике явлений «госпитализма».

Специальное назначение психотерапевтического отделения может быть реализовано при наличии необходимой материально-технической базы. Психотерапевтические отделения рассчитаны на 25-30 коек. Работа отделения обеспечивается опытными врачами-психотерапевтами, медицинскими (клиническими) психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками, средним и младшим медицинским персоналом.

В качестве варианта организации психотерапевтической помощи необходимо создание полустационарного отделения в двух формах: дневной и ночной стационары. Их отличает режим частичной госпитализации, предполагающий направление в них на лечение пациентов с более легким течением заболевания.

Психотерапевтические центры. Первоначально они создавались для реализации современных интегративных тенденций в области психотерапии. Это можно было видеть на примере объединения психотерапевтических кабинетов в территориальные психотерапевтические центры, бравших на себя функции координации деятельности всей психотерапевтической службы. Унифицированной модели организации психотерапевтических центров до настоящего времени не существует. Условно их можно подразделить на региональные и профильные, специализирующиеся на оказании какого-либо вида психотерапевтической помощи (например, для работы с подростками, помощи женщинам, пережившим насилие, и др.), или центры кризисной психологической помощи.

Некоторые из них являются самостоятельными юридическими лицами, другие — подразделениями психиатрических или общесоматических учреждений. В центрах появляется возможность оказания более квалифицированной и разнообразной помощи за счет деятельности коллектива психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов, а также специализации психотерапевтических кабинетов и отделений для детей и подростков, людей пожилого возраста, семейно-супружеской психотерапии, групповой психотерапии и др. В региональных центрах создаются условия для повышения квалификации работающих в них специалистов. В территориальных психотерапевтических центрах, как правило, имеется психологическая лаборатория, организационно-методический отдел, создаются кризисные службы с телефонами экстренной помощи, сексопатологические отделения и кабинеты для оказания лечебно-профилактической помощи больным с половыми расстройствами. Кроме того, в их состав могут входить психотерапевтические полустационары.

Контрольные вопросы

1. Нормативы для открытия психотерапевтического кабинета:

1) в поликлиниках — из расчета на 30 тыс. взрослого населения, в стационарах на 300 коек;

2) в поликлиниках — из расчета на 25 тыс. взрослого населения, в стационарах на 300 коек;

3) в поликлиниках — из расчета на 45 тыс. взрослого населения, в стационарах на 200 коек;

4) в поликлиниках — из расчета на 25 тыс. взрослого населения, в профильных центрах кардиологического, гастроэнтерологического, пульмонологического профиля и др. из расчета на 200 коек.

2. Основными формами организации психотерапевтической помощи являются:

1) психотерапевтический кабинет территориальной поликлиники, психотерапевтический кабинет медико-санитарной части;

2) психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психотерапевтический центр;

3) психотерапевтический кабинет, отделение пограничных состояний, реабилитационный центр;

4) психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, психосоматический центр.

3. В штаты психотерапевтического кабинета включены следующие должности:

1) врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, социальный работник;

2) врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, социальный работник, медицинская сестра — из расчета одна должность на 25 тыс. человек;

3) врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог;

4) врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, медицинская сестра — из расчета на 25 тыс. человек.

Роль врача-психотерапевта в системе оказания медицинской помощи.

В соответствии с современной концепцией организации психотерапевтической помощи в здравоохранении врач-психотерапевт — это специалист с высшим медицинским образованием, прошедший подготовку по психиатрии и психотерапии. Признание необходимости двойной подготовки врачей-психотерапевтов знаменует собой окончание научной дискуссии, которая развернулась в отечественной медицине в 1990-1995 гг. о роли и месте психотерапии как самостоятельной области медицины в ряду других дисциплин и ее взаимоотношениях с психиатрией. Опыт организации психотерапевтической помощи в различных регионах России показал, что в условиях территориально организованного здравоохранения, ориентированного на профилактику, оптимальной является деятельность врача-психотерапевта, который для определенной группы пациентов является лечащим врачом, то есть полностью отвечает за весь комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Такое понимание специальности врача-психотерапевта обусловлено рядом обстоятельств. Во-первых, сама логика и история развития психотерапии, выделение психологических механизмов в качестве ведущих при ряде пограничных форм патологии убедительно свидетельствуют о целостности психотерапевтического подхода и его самодостаточности для лечения группы непсихотических психических расстройств. С другой стороны, одним из известных последствий введения в деятельность Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.92 г. № 3185-1 явилось значительное перераспределение контингентов людей, страдающих психическими расстройствами и обращающихся за помощью в психоневрологический диспансер и психотерапевтический кабинет территориальной поликлиники. Если раньше большинство психоневрологических диспансеров в равной мере оказывало помощь пациентам, по своему состоянию принадлежавших к «большой» и «малой» психиатрии, то в настоящее время численность так называемой консультативной группы больных, наблюдаемых участковым психиатром, уменьшается за счет более частого их обращения в психотерапевтические кабинеты поликлиник, медсанчастей и других лечебно-профилактических учреждений. Врач-психотерапевт — это специалист, сочетающий в лечении пациентов методы психотерапии и психофармакотерапии. Психотерапия сегодня является самостоятельной медицинской специальностью, генетически связанной с психиатрией. Врач-психотерапевт должен проводить патогенетически, клинически и психологически обоснованное лечение широкого круга пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью. Это понимание специальности, в частности, исключает такую практику, когда врач-психотерапевт может специализироваться на каком-либо одном методе, например, гипнотерапии (имели место случаи обращения подобных психотерапевтов в органы управления здравоохранением с предложением утвердить в номенклатуре врачебных специальностей особую специальность «врача-гипнотизера»). Если учесть, что врач-психотерапевт в России отвечает за лечение больных, проживающих на определенной территории (психотерапевтические кабинеты и отделения организуются по территориальному принципу), то представляется естественным, что он должен лечить пациентов с различными заболеваниями. В случае, например, если у пациента диагностируется невротическая реакция, то после установления с ним психотерапевтического контакта в его лечении может быть обоснованным применение симптомо-ориентированных методов (классическая гипнотерапия, эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование, поведенческая психотерапия, психосинтез и др.). Для группы пациентов с затяжными формами неврозов, при наличии «сплава» клинических и личностных проявлений, более показанным будет включение в индивидуальную

психотерапевтическую программу личностно-ориентированных методов — например, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, различных видов динамической психотерапии, методов экзистенциально-гуманистической направленности (недирективной психотерапии Роджерса, гештальт-психотерапии и др.). В поликлинику могут обратиться пациенты по поводу невротического развития, для лечения которых в комплексе с другими психотерапевтическими методами может быть применена социо-ориентированная психотерапия (семейная, групповая, поведенческий тренинг). Для пациентов с изменениями личности вследствие перенесенного органического или психического заболевания в первую очередь показана клинически обоснованная суппортивная (поддерживающая) психотерапия. Естественно также обращение к врачу-психотерапевту пациентов различных возрастных групп (детей, подростков, лиц среднего и пожилого возраста), в лечении которых необходимо использовать специальные варианты групповой психотерапии. Пациенты могут иметь различный уровень образования, различные культурные особенности, и тогда индивидуальная психотерапевтическая программа строится с учетом и этих факторов. Например, при недостаточно высоком уровне интеллектуального развития пациента применение динамической или когнитивной психотерапии вряд ли целесообразно.

Следовательно, врач-психотерапевт психотерапевтического кабинета должен профессионально владеть таким спектром подходов и методов, которые обеспечат его успешную психотерапевтическую работу со всеми пациентами, обратившимися за этим видом помощи. Это не исключает в дальнейшем специализации врачей-психотерапевтов для использования в большей степени тех или иных методов психотерапии в условиях психотерапевтического отделения, психотерапевтического центра, специализированных клиник.

В соответствии с этими положениями и проводится додипломная подготовка врача и последипломная подготовка врачей-психотерапевтов.

Положения о враче-психотерапевте, психотерапевтическом кабинете и ряд других документов, использование которых необходимо для практической организации психотерапевтического процесса, утверждены приказом Минздрава России от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи».

Ниже представлены рекомендации по проведению психотерапевтической работы врачами-психотерапевтами в психотерапевтическом кабинете, обслуживающем различные контингента, а также их работы в других подразделениях — психотерапевтическом отделении и психотерапевтическом центре.

Как показывает имеющийся опыт и сложившаяся практика работы ведущих учреждений России, для организации психотерапевтической деятельности необходимо определение контингентов, обслуживаемых врачом-психотерапевтом. Самостоятельно он проводит необходимые консультативно-диагностические, лечебные, реабилитационные, психопрофилактические и психогигиенические мероприятия для пациентов при наличии у них реакций дезадаптации, стрессовых и постстрессовых расстройств, неврозов и других пограничных и психосоматических расстройств. Совместно с основным лечащим врачом (психиатром, интернистом), в качестве консультанта или в качестве участника терапевтической бригады, врач-психотерапевт принимает также участие в лечении и реабилитации больных с психическими или соматическими заболеваниями в стадии ремиссии и с другой патологией, в развитии которой существенную роль играют психосоциальные факторы.

По критериям МКБ-10 к показаниям для направления на лечение к врачу-психотерапевту относятся следующие заболевания и состояния.

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40-F49), включая тревожно-фобические расстройства (F40); другие тревожные расстройства (F41); обсессивно-компульсивные расстройства (F42); реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43); диссоциативные (истерические) расстройства (F44), за исключением диссоциативного ступора (F44.2); соматоформные расстройства (F45); другие невротические расстройства (F48).

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59), включая расстройства приема пищи (F50); расстройства сна неорганической природы (F51); сексуальные расстройства, не обусловленные органическими нарушениями или заболеванием (F52); психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах (F53), за исключением тяжелых психических и поведенческих расстройств, связанных с послеродовым периодом и не классифицируемые в других рубриках, в том числе послеродового психоза (F53.1); психические и поведенческие

факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках (F54); злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (F55).

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F60-F69), включая специфические расстройства личности (F60); смешанные и другие расстройства личности (F61), стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга (F62), расстройства привычек и влечений (F63), расстройства половой идентификации (F64), расстройства сексуального предпочтения (F65), психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией (F66), другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F68).

Общими противопоказаниями для назначения психотерапии в качестве основного или единственного вида лечения можно считать:

— все соматические заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения;

— острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции;

— все заболевания и состояния, требующие стационарного лечения и постоянного специального ухода;

— все венерические заболевания в острой стадии;

— все болезни крови и органов кроветворения в острой стадии и стадии обострения;

— злокачественные новообразования;

— кахексия любого происхождения.

Как показывает практика работы лицензионных комиссий, в настоящее время психотерапевтические кабинеты организуются не только в территориальных поликлиниках, но и в других медицинских учреждениях. Психотерапевтические отделения также имеют различную специализацию, особенно когда они создаются в многопрофильных и психиатрических больницах, психотерапевтических центрах со стационаром. С учетом этого, контингента пациентов, проходящих психотерапевтическое лечение, условно можно разделить на следующие.

Профилактический — пациенты психотерапевтических кабинетов профилакториев, домов отдыха, профилактических центров, центров планирования семьи, в структуре психологических центров. В основном в эти кабинеты обращаются здоровые люди с психологическими проблемами и реакциями дезадаптации, помощь которым может оказываться с применением различных методов психологического консультирования и краткосрочной психотерапии.

Санаторный — пациенты психотерапевтических кабинетов санаториев с различной, чаще хронической патологией. Обычно они страдают соматическими заболеваниями, а в качестве сопутствующих у них выступают невротические расстройства, патологические реакции на болезнь, а также разного рода вегетативные нарушения. Особенностью этого контингента являются чрезвычайно сжатые сроки проведения лечения. Поэтому в целом в этих кабинетах проводится краткосрочная и симптомо-ориентированная психотерапия; предпочтение отдается когнитивно-поведенческим тренингам и интегративному подходу при психосоматических расстройствах (например, программы по снижению алекситимии, путем использования телесно-ориентированной психотерапии, поведенческих тренингов, тренингов саморегуляции).

Реабилитационный — пациенты психотерапевтического кабинета реабилитационного центра, отделения, профильного центра (кардиологического, гастроэнтерологического, центра СПИД, центра иммунологической коррекции). Особенностью контингента обслуживания психотерапевтического кабинета является преобладание среди его посетителей пациентов, страдающих различными заболеваниями, в том числе в активной форме, что способствует формированию невротических реакций, например нозофобий у пациентов онкологических, кардиологических центров, центров СПИД. Психогении в этих случаях способствует хронизации основного заболевания. Таким пациентам показана симптомо-ориентированная психотерапия, краткосрочная психотерапия, тренинги саморегуляции.

Поликлинический — пациенты психотерапевтических кабинетов территориальной поликлиники, медсанчасти, психоневрологического диспансера, кабинета частно-практикующего врача-психотерапевта. В этих кабинетах оказывается помощь всем пациентам, у которых имеются показания для психотерапии. Психотерапевтические программы отличаются большим разнообразием, включающим весь спектр психотерапевтических методов.

Полустационарный — пациенты, психотерапия которым проводится в условиях дневного или вечерне-ночного пребывания. Это, как правило, пациенты с нерезко выраженной пограничной и психотической патологией при наличии, в частности, семейно-бытовой психотравмирующей

ситуации. В этих условиях может проводится интенсивная личностно-ориентированная психотерапия, в частности в групповой ее форме, семейно-супружеская психотерапия, терапия средой, социотерапия.

Стационарный — пациенты с пограничной патологией психотерапевтических отделений. В зависимости от места организации психотерапевтического отделения стационарные контингенты также могут различаться по своей специализации (отделение психотерапии в многопрофильной больнице, отделение психотерапии психиатрической больницы и др.). Здесь используется широкий арсенал психотерапевтических методов и мероприятия, обеспечивающие создание терапевтической среды и психотерапевтического сообщества. Концепция «терапевтического поля» предполагает вовлечение пациента в широкие психотерапевтические программы, рассчитанные на большую часть времени пребывания пациента в отделении. В таких отделениях обязательными являются вспомогательные элементы психотерапии: мероприятия по самоорганизации пациентов; терапия занятостью, организация «социальной семьи», направленной на реадаптацию в социальной среде, восстановление навыков конструктивного сотрудничества, структурирование времени, планирование жизни. Это представляется чрезвычайно важным из-за опасности формирования в отделениях, где большинство больных составляют пациенты с невротическими расстройствами так называемой «антитерапевтической среды». Последняя представляет собой ряд взаимосвязанных и устойчивых социально-психологических феноменов с тенденцией формирования общественного сознания и установок, препятствующих полноценному участию в психотерапии, и склонностью определять свою болезнь как заболевание органической природы, а нередко и активно противодействовать раскрывающей психотерапии и принятию ответственности за участие в лечебном процессе.

Различия в контингентах обслуживания являются основой для ориентации психотерапевтического учреждения (подразделения) на содержание индивидуальных психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационных программ, средние сроки лечения и планирование работы психотерапевтического учреждения, предусматривающее преимущественное применение тех или иных психотерапевтических методов.

При ведении обратившегося к нему пациента врач-психотерапевт проводит консультативно-диагностические мероприятия, психотерапевтическое лечение, осуществляет меры реабилитационного, психопрофилактического и психогигиенического характера.

Консультативно-диагностические мероприятия особенно необходимы в случаях первичного обращения пациентов в психотерапевтический кабинет или другое психотерапевтическое подразделение. На этом этапе врач-психотерапевт, поскольку он одновременно является специалистом в области психиатрии, в соответствии с частью 2 статьи 20 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», обладает правом психиатра на установление психиатрического диагноза. В этих случаях врач-психотерапевт использует клинико-психопатологические методы исследования, то есть проводит подробное изучение жалоб, анамнеза, уточняет особенности структуры и динамики психического состояния лица, обратившегося за психотерапевтической помощью. При уточнении показаний и противопоказаний для самостоятельного ведения пациента врачом-психотерапевтом (см. выше перечень расстройств, являющихся показанием для направления в психотерапевтический кабинет) последний составляет и реализует индивидуальную психотерапевтическую программу. При необходимости врач-психотерапевт поручает медицинскому (клиническому) психологу проведение патопсихологического обследования в целях обеспечения дифференциальной диагностики, приглашает консультантов. По окончании консультативно-диагностических и первоочередных терапевтических мероприятий дает клиническую оценку состояния пациента по своей специальности, учитывая в клиническом диагнозе клинико-синдромальные, психологические и социальные особенности случая.

При диагностике психического заболевания в острой форме принимает решение о направлении пациента для дальнейшего ведения к участковому психиатру. В необходимых случаях врач-психотерапевт принимает решение об оказании психиатрической помощи (госпитализации) в принудительном порядке. Проводя эти мероприятия в соответствии с действующим законодательством, врач-психотерапевт обязан обеспечить соблюдение этико-деонтологических норм и правил.

Лечебная работа врача-психотерапевта проводится по индивидуальному плану. На начальных этапах ведения пациента большое значение врач-психотерапевт уделяет созданию психотерапевтического контакта, атмосферы безусловного принятия и доверия со стороны пациента. Индивидуальная психотерапевтическая программа составляется с учетом необходимости достижения лечебного эффекта в оптимальные сроки, для чего используются

методы индивидуальной, семейной, групповой психотерапии, мероприятия по созданию психотерапевтической среды и (или) терапевтического поля. Проведение отдельных психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий врач-психотерапевт поручает другим сотрудникам кабинета или другого психотерапевтического подразделения — медицинскому (клиническому) психологу, специалисту по социальной работе (социальному работнику). При сотрудничестве с ними врач-психотерапевт пользуется методическими и нормативными документами, в частности, методическими рекомендациями о сотрудничестве врача-психотерапевта и медицинского (клинического) психолога, утвержденными приказом Минздрава России от 26.11.96 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» (приложение 3).

Для проведения реабилитационной работы в психотерапевтическом кабинете могут создаваться группы суппортивной (поддерживающей) психотерапии, клубы бывших пациентов, осуществляются периодические консультации, планируются и проводятся курсы повторного лечения. Для целей реабилитации привлекается медицинский (клинический) психолог, который осуществляет психологическое консультирование, работу с семьей пациента и различные виды тренинга. Социальный работник (специалист по социальной работе) по поручению врача-психотерапевта проводит социально-реабилитационные мероприятия (терапию средой, терапию занятостью, решение социальных вопросов и др.).

Разделу психопрофилактики, включающей меры по предупреждению психических расстройств и их хронизации, врачами-психотерапевтами уделяется, к сожалению, еще недостаточно внимания. Вследствие недооценки данного важного аспекта психотерапевтической работы они не планируются в психотерапевтических учреждениях и на них не выделяется необходимое время. В то же время опыт работы ряда региональных психотерапевтических учреждений страны свидетельствует о высокой эффективности использования психологических и психотерапевтических методов при осуществлении мероприятий первичной, вторичной и третичной психопрофилактики.

Можно выделить несколько направлений психопрофилактической деятельности психотерапевтических учреждений.

Это — первичная психопрофилактика применительно к здоровым людям: работа со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни и достижений психотерапии и клинической (медицинской) психологии, формированию современного имиджа психотерапевтических учреждений; встречи врачей-психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и специалистов по социальной работе с населением, лекции и беседы на предприятиях и в медицинских учреждениях, издание популярной тематической литературы. Важным направлением деятельности психотерапевтических учреждений по первичной профилактике пограничных психических расстройств является активная методическая и практическая работа с врачами других специальностей по обучению их основам психотерапии, контакты с лечебно-профилактическими учреждениями, позволяющие своевременно выявлять больных неврозами и другими пограничными психическими расстройствами, которые обращаются в общесоматические поликлиники. По данным литературы из числа обратившихся за помощью в территориальные поликлиники от 20 до 60% пациентов страдают пограничными расстройствами или нуждаются в консультации психотерапевта. Важной стороной сотрудничества врача-психотерапевта с медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений, чаще всего там, где располагается психотерапевтическое подразделение, является проведение психопрофилактических мероприятий с самими медицинскими работниками с целью повышения их психологической компетенции, предотвращения конфликтов с пациентами и их родственниками, а также с целью профилактики профессиональной деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании им профессиональной помощи (так называемого «синдрома профессионального сгорания»).

Необходимо создание в психотерапевтических учреждениях условий для обращения за психологической помощью и психотерапией здоровых лиц с психологическими проблемами, реакциями дезадаптации. Для этой цели в психотерапевтическом кабинете могут создаваться группы личностного роста, семинары и тренинга, развивающие практические и коммуникативные умения. Привлечение здоровых людей благотворно влияет на имидж врача-психотерапевта и психотерапевтического кабинета, снижает «порог обращаемости» населения на территории обслуживания, что в конечном счете увеличивает вероятность ранней обращаемости больных.

В настоящее время не существует обязательных нормативов времени врачебного амбулаторного приема в лечебно-профилактических учреждениях. Существующая практика,

однако, показывает, что затраты труда врачей-психотерапевтов могут измеряться тремя основными способами.

1. На основе количества посещений пациентов (нормативный вариант). При этом учитывается время приема одного пациента, составляется план приема на функцию врачебной должности.

2. В качестве единицы учета труда используется условный законченный случай, оцениваемый с учетом разработанных медико-экономических стандартов и клинико-статистических групп (технологический вариант). Это более сложный вариант планирования объема психотерапевтической помощи, предполагающий проведение специальных методических разработок, учитывающих специфику и технологию организации всей системы здравоохранения региона. В этом случае используются условные параметры времени и методы, необходимые для лечения пациентов с конкретным диагнозом. Лечение проводится до выздоровления или подтвержденного с применением специально разработанных критериев улучшения состояния больного. При выздоровлении или улучшении состояния пациент переводится в соответствующую клинико-статистическую группу пациентов, у которых достигнуто значительное улучшение здоровья.

3. Промежуточный вариант учитывает разработанные условные единицы для измерения затрат труда врача-психотерапевта. Каждому элементу работы врача присваивается определенное количество условных единиц. Например, первичная встреча — 5 баллов, проведение симптоматической психотерапии — 10 баллов, личностно-ориентированной психотерапии — 25 баллов. Далее проводится анализ количества баллов, «отработанных» врачом-психотерапевтом за определенное время.

Два последних варианта позволяют осуществлять более гибкое управление психотерапевтическим процессом, создавать контрактные условия оплаты труда для врача, исходя из интенсивности и качества проведенной психотерапии. В настоящее время эти более сложные системы организации помощи создаются в некоторых регионах России. Они требуют большего привлечения интеллектуальных и экономических ресурсов, более широкого внедрения в медицинскую практику персональных компьютеров.

Существующая практика организации работы врача-психотерапевта в психотерапевтическом кабинете показывает, что основное время врача-психотерапевта отводится на индивидуальный прием пациентов. Продолжительность приема одного пациента составляет 50 мин. Десятиминутный перерыв позволяет переключиться на прием другого пациента. В рабочем графике выделяется время для первичного приема (впервые обратившихся пациентов) и время для повторного приема (пациентов, уже проходящих психотерапию). При распределении времени одна его треть отводится на первичных пациентов, а две трети — на повторных. При общей продолжительности рабочего дня 5 ч 40 мин врач-психотерапевт принимает ежедневно 1-2 первичных пациентов и 2-3 повторных.

В графике работы выделяется время для групповой психотерапии. Продолжительность занятия группы составляет в среднем 1 ч 30 мин. Перерыв после работы с группой — 15 мин. Групповая психотерапия может проводиться через день. Более интенсивной она может быть при наличии медицинского (клинического) психолога, который принимает участие в ведении тренинговых групп и групповой психотерапии. Продолжительность сеансов семейно-супружеской психотерапии соответствует продолжительности группового занятия.

При планировании работы на неделю врач-психотерапевт вносит в свой график и другие мероприятия: выделяет специальное время для проведения мер психопрофилактики вне психотерапевтического кабинета (лекции, встречи с населением, работа со средствами массовой информации), клинико-терапевтических конференций, встреч с пациентами психотерапевтического кабинета при участии медицинского психолога, социального работника (специалиста по социальной работе) и консультанта (супервизора). Планируют также проведение психопрофилактических мероприятий в коллективе самого лечебно-профилактического учреждения.

Психотерапия не без основания относится к видам творческой деятельности и поэтому врачи-психотерапевты нередко пренебрегают чисто организационными аспектами своей работы и планированием. Вместе с тем очевидно, что по-настоящему творческая работа может осуществляться только при условии тщательного планирования, соблюдения бригадного стиля работы психотерапевтического кабинета, а также поддержания оптимальных производственных отношений с коллективом лечебно-профилактического учреждения, на базе которого кабинет функционирует.

Для иллюстрации приводим пример индивидуальной психотерапевтической программы пациента психотерапевтического кабинета территориальной поликлиники.

В., 40 лет. Диагноз: фобический невроз с вегетативными кризами.

Основные проявления: страх смерти от инфаркта миокарда, снижение настроения и работоспособности, периодические симпатико-адреналовые кризы, трудности передвижения в транспорте, семейные конфликты.

Проводилась дифференциальная диагностика с гипоталамическим синдромом на органической основе.

1. Консультативно-диагностический этап.

Первая встреча.

Патопсихологическое обследование медицинского (клинического) психолога кабинета.

Консультация невропатолога.

Заключительная консультация врача-психотерапевта.

2. Терапевтический этап.

Обсуждение психотерапевтического контракта — 1 встреча.

Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия — 5 встреч через день.

Групповая психотерапия — 18 занятий по 3 ч, продолжительностью 7 нед (3 занятия в неделю). Психотерапию проводят врач-психотерапевт и медицинской (клинический) психолог кабинета.

Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия с элементами когнитивно-поведенческой психотерапии — 6 встреч (1-2 раза в неделю).

Параллельно со вторым этапом индивидуальной психотерапии — 4 встречи с применением методики системной семейной психотерапии с частотой 1 раз в неделю; проводят врач-психотерапевт и медицинский (клинический) психолог кабинета.

Общая продолжительность лечения — 4 мес.

3. Реабилитационный этап.

Занятия в группе арттерапии — 6 занятий, 1 раз в неделю; проводит медицинский (клинический) психолог кабинета.

Группа коммуникативной практики — 6 занятий, 1 раз в неделю; проводит специалист по социальной работе кабинета.

Встреча с женой через 3 мес после окончания терапии (проводят совместно врач-психотерапевт и медицинский (клинический) психолог кабинета).

Контрольные вопросы

1. В обязанности врача-психотерапевта входит:

1) проведение консультативно-диагностических мероприятий, направление пациента к психиатру для консультации, проведение психотерапии, проведение реабилитационных и профилактических мероприятий;

2) проведение консультативно-диагностических мероприятий, проведение психотерапии, проведение поддерживающей психотерапии на реабилитационном этапе ведения пациента;

3) проведение консультативно-диагностических мероприятий, направление пациента к психиатру для консультации, а также принятие решения о принудительной госпитализации в психиатрическую больницу, проведение психотерапии, проведение реабилитационных и профилактических мероприятий;

4) проведение различных вариантов психотерапии по направлению врача-психиатра.

2. Врач-психотерапевт должен владеть:

1) симптомо-ориентированным методом психотерапии, личностно-ориентированным методом;

2) симптомо-ориентированным, личностно-ориентированным, социо-ориентированным методами психотерапии;

3) качественно каким-либо одним методом психотерапии, чтобы иметь возможность оказывать помощь обратившимся пациентам;

4) гипнотерапией, гештальт-терапией, когнитивно-поведенческой психотерапией, семейно-супружеской психотерапией.

Обучение в области психотерапии.

С развитием организационных основ психотерапевтической помощи все большую актуальность приобретает разработка основных принципов и методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. Важнейшей задачей является создание и реализация последовательной системы, преемственных и взаимосвязанных учебных программ, позволяющих осуществлять додипломную и последипломную подготовку психотерапевтов. Программы непрерывного обучения и примерные тематические учебные планы подготовки по специальности «психотерапия» представлены в Приложении 14 к приказу Минздрава России от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи».

В период додипломной подготовки студенты младших курсов проходят обучение по общей, социальной и медицинской психологии с элементами психотерапии и психиатрии, что формирует базу для последующей подготовки по психотерапии. Студенты старших курсов (5 курс) на цикле «Основы психотерапии» получают представления о современной психотерапии, ее основных направлениях, осваивают коммуникативную сторону лечебного процесса, знакомятся с принципами оказания психотерапевтической помощи.

Начало последипломной подготовки осуществляется в ходе первичной специализации по специальности «психиатрия» (интернатура). Дальнейшее усовершенствование по психотерапии проводится в виде участия в тематических циклах в учреждениях последипломного образования. Высшей формой подготовки высококвалифицированных специалистов в области психотерапии являются клиническая ординатура и аспирантура. Для получения сертификата врача-психотерапевта необходимо выполнение определенных требований, изложенных в образовательном стандарте по психотерапии (обязательный минимум), которые предполагают не только наличие определенного психиатрического и психотерапевтического стажа работы, но и обучение продолжительностью не менее 700 учебных часов.

Актуальными в настоящее время являются: повышение знаний в области психотерапии всех врачей; тематическое усовершенствование врачей ряда специальностей, где психотерапия может играть существенную роль в комплексном лечении больных; профильное обучение врачей, для которых психотерапия предполагается в качестве основной специальности.

Многие организаторы здравоохранения считают необходимым безотлагательное повышение уровня подготовки врачей общей практики в области психотерапии как важнейшую задачу развития здравоохранения. При перечислении основных предпосылок к обучению основам психотерапии всех врачей на первое место обычно ставят наличие достаточно четких теоретических представлений о клинике и природе неврозов и других пограничных психических расстройств, надежность диагностических и терапевтических методов, которыми мог бы овладеть врач и которые он смог бы применить в пределах возможных для него затрат времени. Подчеркивается также необходимость интереса, установки на овладение методами психотерапии у широкого круга врачей, и при этом признается, что профессионализм в данной области знаний требует соответствующего изменения взгляда врача на пациентов, страдающих психогенными заболеваниями, а также на методы их лечения. Без достаточной численности хорошо подготовленных специалистов психотерапевтов-преподавателей не может быть осуществлено качественное повышение знаний в области психотерапии основной массы врачей.

Повышение знаний широкого круга врачей в области психотерапии позволит не только приблизиться к решению наиболее актуальных лечебно-профилактических задач современного здравоохранения (с учетом числа таких больных и в целом верного замечания Гауснера о том, что «толщина амбулаторной карты отражает величину эмоционального стресса у пациента»), но обеспечит своевременную диагностику неврозов и близких к ним пограничных психических расстройств. Оперативное направление больных к врачу психотерапевту, лечение неосложненных форм психогенных расстройств — все это требует от каждого врача владения некоторыми методиками с широким спектром действия: методы релаксации; приемы поведенческой, когнитивной, позитивной психотерапии и, возможно, гипноза.

Кафедры психотерапии в большой степени могут способствовать решению еще одной задачи — тематическому усовершенствованию врачей различных специальностей. Не изменяя своей профессии, они получают знания в области психотерапии, ее теории и методологии для последующего использования в комплексном лечении пациентов применительно к своей специальности. Такая система подготовки сохраняет за врачами их клиническую профилизацию и при овладении психотерапевтическими методами обеспечивает квалифицированное их применение в своей области.

Что касается последипломной подготовки врачей-психотерапевтов и преподавателей, то основой ее является 3-4-месячная специализация и общее усовершенствование на кафедрах психотерапии. Программа такой подготовки включает освоение теоретико-методологических, клинических, нейрофизиологических и психологических основ психотерапии, овладение психотерапевтическими методами и навыками их использования в практической работе с больными. Основными принятыми формами обучения на факультетах последипломного усовершенствования врачей являются лекции, практические занятия, семинары, научно-практические конференции и др. Клинический и личностный подходы пронизывают все формы преподавания психотерапии на кафедрах. Профильную специализацию получают в основном психиатры. Однако, поскольку в реальных условиях на обучение направляются также врачи других специальностей (неврологи, интернисты, дерматологи и др.), в программе значительное место занимают вопросы из области психиатрии (общая психопатология и основные формы психических заболеваний). Для многих врачей это дополнительная возможность возвращения к предмету психиатрии в своем последипломном образовании. Непрекращающиеся дискуссии о том, из какой базисной специальности должен «вырастать» психотерапевт, с позиций клинического реализма носят беспочвенный характер. На данном этапе формирования психотерапии как самостоятельной специальности ее фундаментом являются знания по психиатрии, в особенно в той ее области, которую принято обозначать «малой психиатрией», где от врача-психотерапевта требуется еще более тонкое владение психопатологическим анализом, чем в области «большой психиатрии», учитывая общий патоморфоз психических заболеваний, увеличение числа стертых форм эндогенной психической патологии с их сложной дифференциальной диагностикой и повышенной в связи с этим суицидальной опасностью.

В последние десятилетия все больше внимания обращается на необходимость расширения выбора методов обучения психотерапии с тем, чтобы они были направлены главным образом на освоение психотерапевтических техник, необходимость использования таких форм подготовки и повышения квалификации, в которых акцент был бы сделан на развитие чувствительности психотерапевта к явлениям и процессам, происходящим в его взаимоотношениях с пациентом, на развитие умения использовать обратную связь с пациентом, увеличение гибкости и эффективности общения, осознание влияния собственных установок, наклонностей и ценностей на процесс взаимоотношений с пациентом в ходе лечения. В разной степени этим целям соответствуют формы обучения в тренинговых психотерапевтических группах. Тренинговые психотерапевтические группы можно подразделять на следующие виды: методические тренинговые группы, ориентированные на обучение методам психотерапии; тренинговые группы, ориентированные на групповую динамику; тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие.

Методические тренинговые группы имеют своей целью и задачами ознакомление и овладение отдельными методами и приемами психотерапии. Кроме основных задач можно также отметить развитие у психотерапевта психологических знаний, формирование представлений о психотерапевтическом и диагностическом потенциале отдельных методик и возможностях их использования при работе с различными контингентами больных. Оптимальная численность методических тренинговых групп — 10-15 человек, общая продолжительность работы зависит от конкретного метода.

Цели и задачи тренинговых групп, ориентированных на групповую динамику (динамические тренинговые группы), заключаются в ознакомлении участников с групповой динамикой на собственном опыте, повышении чувствительности к групповым процессам, развитии навыков распознавания и анализа групповых феноменов и использовании групповой динамики в психотерапевтических целях. Оптимальная численность динамических тренинговых групп — 10-12 человек. В такие группы могут включаться специалисты разного уровня подготовки. Продолжительность занятий в группах — не менее 24 ч, оптимальная продолжительность — 40 ч.

Тренинговые группы, ориентированные на личностное развитие (личностные тренинговые группы), имеют различные названия: лабораторный тренинг, тренинг сенситивности, группы развития личности, группы личностного роста и т. д. Личностное развитие, личностный рост, основанный на самопознании, является непременным условием профессионального совершенствования психотерапевта. Основной задачей групп личностного роста является развитие самопознания — познание самого себя, становление адекватной самооценки, отношения к себе и развитие саморегуляции. Оптимальная численность групп личностного тренинга — 10-12 человек. Продолжительность занятий — не менее 30 ч (оптимально — 60 ч). Опыт показывает, что наиболее эффективной формой организации работы является марафон (несколько дней подряд по 8-10 ч).

Как эффективная форма подготовки психотерапевтов получают значительное распространение группы Балинта. Занятия проводятся в малых группах (до 12 человек). Каждый должен принять участие не менее чем в 30 занятиях, во время которых обсуждаются проблемы, реально возникающие у психотерапевтов в процессе проводимой ими индивидуальной и групповой психотерапии. Каждый участник на занятиях представляет несколько подобных ситуаций из своей практики. Возникающие проблемы обсуждаются группой (различные способы понимания ситуации, анализ поведения психотерапевта в его взаимоотношениях с больным и др.).

Важнейшим элементом подготовки в области психотерапии является супервизия — наиболее быстрый и надежный способ вхождения в профессию психотерапевта. Рассмотрим этот вопрос на модели последипломной подготовки врача по психотерапии, во время которой супервизия представляет собой важную часть учебного процесса. В зависимости от этапа обучения или предпочтений преподавателя и врача могут использоваться различные соотношения таких технических подходов, как дидактический, или когнитивный, поведенческий, гуманистический, динамический, или личностный. Дидактический подход позволяет заполнить пробел в знаниях и опыте врача при их прямой передаче или с помощью активного совместного обсуждения проблем. Подвергаемый супервизии получает рекомендации и указания по проведению клинической работы, диагностике личности, определению и выбору психотерапевтических «мишеней» и методов. В центре такой ориентации на обучение главным объектом анализа становится пациент. Это обычная учебная ситуация. Преобладание данного подхода к супервизии может сопровождаться недостаточным развитием инициативы и самостоятельности ординатора. Поведенческий подход позволяет обучающемуся перенимать конструктивные способы мышления и поведения преподавателя, который на основе моделирования и положительного подкрепления ускоряет освоение врачом нового опыта. Однако и в этом подходе супервизор занимает лидирующую, директивную позицию, что ограничивает развитие индивидуального психотерапевтического стиля врача. Динамический, или личностный, подход наполнен обсуждениями с супервизором незамеченных обучающимся и обнаруженных супервизором мешающих психотерапии установок, эмоциональных реакций, стереотипов поведения как пациента, так и врача. Следует подчеркнуть, что речь идет лишь о выявлении у обучающегося врача «слепых пятен», а не об анализе и интерпретации его неосознаваемых эмоциональных и защитных реакций. Некоторые врачи периодически высказывают потребность в обсуждении своих личных проблем и анализе их происхождения. Однако в данном типе обучения супервизия понимается, прежде всего, как обучающая, педагогическая, а не как психотерапевтическая консультация. Необходимым элементом является также гуманистический подход, позволяющий супервизору создать доверительную атмосферу отношений с обучающимся, учебный союз по типу сотрудничества, совместного исследования психотерапевтического процесса с использованием при необходимости эмоциональной поддержки и эмпатической проработки переживаний врача. В ряде случаев полезным оказывается использование аудиовидеозаписи, анализ которой позволяет прояснить некоторые стороны психотерапевтического процесса. Важной формой супервизии, особенно на начальном этапе обучения, является групповая супервизия по типу балинтовских групп.

Вопрос о том, что обсуждается на консультациях с супервизором, может иметь отношение к специфике применяемого метода психотерапии, например, семейной психотерапии. В данном случае речь идет о супервизии в психотерапевтической подготовке врачей, в которой решающую роль играет интегративный подход в системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, как в индивидуальной, так и групповой её формах. Основными аспектами содержания консультаций с супервизором являются: 1) систематизация знаний применительно к конкретному клиническому материалу, формирование клинического мышления; 2) когнитивный стиль, способы мышления, особенно творческого и независимого, поиск нового взгляда при подходе к решению проблем терапии; 3) взаимоотношения психотерапевт-пациент, способы установления и использования психотерапевтического контакта, освобождение от мешающих стереотипов, обнаруживаемых при общении ординатора с разными типами больных; 4) навыки владения методиками психотерапии, периодическое сосредоточение внимания на теоретических и практических сторонах той или иной методики, например, гипнотерапии, применяемой врачом в отношении конкретного пациента; 5) осознание проблем личности обучающегося, создающих помехи в ходе психотерапии; 6) осознание проблем личности врача, создающих трудности в процессе супервизии (здесь следует подчеркнуть важную роль самонаблюдения супервизора, иногда своими позициями и поведением вносящего свой вклад в трудный процесс супервизии).

Супервизия в ходе психотерапевтической подготовки врачей осуществляется в три этапа, и в соответствии с образовательным стандартом (приказ Минздрава России от 30.10.95 г. № 294), ей отводится не менее 50 ч. На первом, «вводном» этапе (не менее 12 ч) супервизия проводится в

рамках балинтовских групп. На втором, «базисном» этапе (не менее 12 ч) проводится индивидуальная форма супервизорских консультаций, в ходе которых супервизор активен, прибегает иногда к встречам с пациентом для уточнения и прояснения клинической или психотерапевтической ситуации, осуществляет корректирующий консультативный диалог с врачом. На третьем, «продвинутом» этапе (не менее 26 ч) супервизор предоставляет инициативу в обсуждении процесса психотерапии врачу, способствует развитию у него творческого подхода к терапии, поддерживает более свободное поведение в диалоге с супервизором, материалом для обсуждения и анализа являются записи врачом о своих встречах с пациентом, обычно в письменном виде. Результаты супервизии отражаются в совместной оценке преподавателя и врача и касаются достигнутого относительно изложенных выше аспектов содержания консультаций с супервизором.

По мере проявления все большей тенденции интеграции психотерапии с лечебной, психопрофилактической и психогигиенической практикой возникают новые задачи в области психотерапевтического образования. Проводится подготовка по психотерапии спортивных, школьных врачей, врачей медико-санитарных частей промышленных предприятий и др. Возрастает потребность в детских и подростковых психотерапевтах. Все большее признание получает деятельность консультаций «брак и семья», работа кризисных центров и др., что приводит к росту потребности в квалифицированных специалистах по семейной психотерапии и необходимости планирования и осуществления их подготовки.

Заслуживают внимания вопросы обучения элементам психотерапии медицинских сестер. В практической работе хорошо проявили себя медицинские сестры, которым под контролем врача поручается проведение поведенческой, двигательной терапии, арттерапии и некоторых других психотерапевтических, обычно групповых занятий. В связи с отсутствием специальных учреждений для указанной подготовки она обычно осуществляется на базе крупных научно-исследовательских и учебных центров, разрабатывающих теоретические и практические аспекты психотерапии. Обучение проводится врачами и медицинскими (клиническими) психологами, предпочтение отдается лабораторному тренингу.

Эффективное обучение психотерапии в настоящее время уже не мыслится без использования видеотехники, специальных теле- и кинофильмов, стенограмм психотерапевтических сеансов. Возможность возвращаться при необходимости к воспроизведению занятий терапевтических групп и групп лабораторного тренинга психотерапевтов, анализ отдельных эпизодов занятий, основанный на стенографии и видеозаписи, позволяют значительно повысить эффективность психотерапевтического образования.

Последипломное обучение и повышение квалификации клинических психологов в области психотерапии осуществляется в институтах усовершенствования врачей на кафедрах психотерапии и клинической психологии, на факультетах клинической психологии медицинских вузов.

Контрольные вопросы

Для работы балинтовских групп характерны следующие особенности, кроме:

1) обсуждения записи психотерапевтического случая;

2) обсуждения коммуникации психотерапевт-пациент в конкретном случае;

3) эмоциональной поддержки ведущим «докладчика»;

4) осознание «слепых пятен» в межличностных отношениях и самовосприятии.

2. Необходимыми элементами в работе балинтовской группы являются следующие, кроме:

1) недирективного стиля ведущего;

2) создания атмосферы безопасности и доверия в группе;

3) клинического анализа обсуждаемого случая;

4) обратной связи.

3. Супервизия является одной из следующих форм обучения, кроме:

1) передачи теоретических знаний супервизируемому;

2) клинической консультации;

3) обсуждения процесса конкретного курса психотерапии;

4) ролевой игры.

4. Основным содержанием консультаций с супервизором является следующее, кроме:

1) взаимоотношения психотерапевт — пациент;

2) интерпретации неосознаваемых эмоциональных и защитных реакций супервизора;

3) трудностей и ошибок в проведении психотерапевтического процесса;

4) навыков владения методиками психотерапии.

Шифры заболеваний по международной классификации болезней (10-й пересмотр), упоминаемых в учебнике.

Агорафобия — F 40.0
Алкоголизм — F 10
Анорексия — R 63.0
Анорексия нервная — F 50.0
Арахноидит церебральный — G 03
Артрит ревматоидный — M 05
Астма — F 54; J 45
Астма бронхиальная — F 54; J 44
Атака паническая — F 41.0
Аутизм — F 84.0
Афазия — R 47.0
Болезнь гипертоническая — I 10
Боль головная — R 51
Бессонница — F 51.0
Поражение печени токсическое — K 71
Гепатит вирусный — B15 — B19
Гипотония артериальная — I 95
Деменция — F 00 — F 03
Депрессия — F 32
Депрессия невротическая — F 32.0
Диабет сахарный — E 10 — E 14
Диспноэ — F 45.33
Дистония вегето-сосудистая — F 45.3
Дистрофия нервно-мышечная — G 71.0
Диэнцефалит — G 04
Дрожание интенционное — G 25.2
Зависимость лекарственная — F 1x.2
Заикание — F 98.5
Инсульт — I 64
Истерия — F 44
Ишемическая болезнь сердца — I 20 — I 25
Клаустрофобия — F 40.2
Конверсия истерическая — F 44
Кривошея спастическая — G 24.3; F 45.8
Криз вегетативный — F 45.3
Личность невротическая — F 60.9
Логоневроз — F 98.5
Мигрень — G 43
Миокарда инфаркт — I 21
Наркомания — F 11, F 12, F 14

Шизофрения малопрогредиентная — F 21
Эзофагоспазм — F 45.31
Эндартериит облитерирующий — I 73.1
Энкопрез — F 98.1
Энцефалит — G 04
Эпилепсия — G 40
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — K 26
Язвенная болезнь желудка — K 25

Ответы на **Контрольные вопросы** (тестовый контроль)

Определение психотерапии и содержание основных понятий

1) 2; 2) 3; 3) 2; 4) 2.

Краткий исторический очерк

1) 3; 2) 2; 3) 3; 4) 2.

Научные основы психотерапии

1) 3; 2) 3.

Клинические основы психотерапии

1) 3.

Физиологические основы психотерапии

1) 3.

Психологические основы психотерапии

1) 4; 2) 3; 3) 4; 4) 2.

Механизмы лечебного действия психотерапии

1) 3; 2) 4; 3) 4.

Взаимоотношения врача и больного в психотерапии

1) 3; 2) 2; 3) 2.

Оценка эффективности психотерапии

1) 4; 2) 4.

Альтернативная психотерапия

1) 3; 2) 3.

Динамическое направление в психотерапии

1) 3; 2) 2; 3) 4; 4) 4; 5) 4; 6) 3; 7) 1; 8) 2; 9) 4.

Когнитивно-поведенческое направление в психотерапии

1) 3; 2) 3; 3) 1; 4) 1; 5) 3; 6) 3.

Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии

1) 3; 2) 1; 3) 2; 4) 1.

Индивидуальная психотерапия

1) 4; 2) 3; 3) 1.

Семейная психотерапия

1) 3; 2) 2; 3) 1; 4) 1; 5) 1; 6) 4; 7) 3; 8) 3.

Групповая психотерапия

1) 2; 2) 3; 3) 3; 4) 3; 5) 3.

Психотерапевтическая среда и терапевтическое сообщество

1) 3; 2) 4.

Суггестивная психотерапия

1) 3; 2) 3; 3) 3; 4) 3.

Арттерапия

1) 2; 2) 3.

Телесно-ориентированная терапия

1) 3; 2) 3.
Трансактный анализ
1) 4; 2) 2.
Кризисная психотерапия
1) 4.
Терминальная психотерапия
1) 4; 2) 3.
Краткосрочная психотерапия
1) 4; 2) 3; 3) 2.
Интегративные тенденции в психотерапии
1) 3.
Психотерапия в психиатрии
1) 3; 2) 4; 3) 2; 4) 3; 5) 3; 6) 3; 7) 3.
Психотерапия в наркологии
1) 3; 2) 3; 3) 3; 4) 1; 5) 3.
Психотерапия в неврологии
1) 4; 2) 3.
Психотерапия в соматической медицине
1) 4; 2) 3.
Психотерапия в хирургии
1) 1; 2) 1; 3) 4; 4) 2.
Психотерапия у детей и подростков
1) 1; 2) 4; 3) 1; 4) 3; 5) 4; 6) 4; 7) 4; 8) 3.
Психотерапия в геронтологии
1) 3; 2) 3.
Психотерапия и фармакотерапия
1) 3.
Психотерапия, психопрофилактика и реабилитация
1) 2; 2) 3; 3) 4; 4) 3.
Транскультурный подход в психотерапии
1) 1; 2) 3; 3) 4; 4) 3.
Особенности и различные формы организации психотерапевтической помощи
1) 4; 2) 2; 3) 2.
Роль врача-психотерапевта в системе оказания медицинской помощи
1) 3; 2) 2.
Обучение в области психотерапии
1) 1; 2) 3; 3) 2; 4) 2.

Именной указатель.

Бабин С. М.
Балунов О. А.
Бараш Б. А.
Баскаков В.
Басов М. Я.
Бернштейн Н. А.
Бехтерев В. М.
Бирман Б. Н.
Бойко В. В.
Боткин С. П.
Буль П. И.
Бурно М. Е.
Варшавский К. М.
Введенский Н. Е.
Ваисов С. Б.
Валентик Ю. В.
Вельвовский И. З.
Вид В. Д.
Вовин Р. Я.
Воловик В. М.
Вольперт И. Е.
Вульф М. В.
Выготский Л. С.
Вырубов Н. А.
Вяземский И. В.
Гаврилюк Ю. Н.
Гнездилов А. В.
Голубев В. Л.
Григорьев Г. И.
Гриненко А. Я.
Громов С. А.
Губачев Ю. М.
Гузиков Б. М.
Давиденков С. Н.
Данилевский В. Я.
Демиденко Т. Д.
Дмитриева Н. В.
Дмитриева Т. Б.
Днепровская С. В.
Добрынин Н. Ф.
Довженко А. Р.
Долецкий С. Я.
Дядьковский И. Е.
Ерышев О. Ф.
Коркина М. В.
Корнилов К. Н.
Короленко Ц. П.
Корсаков С. С.

Костерева В. Я.
Коцюбинский А. П.
Креславский Е. С.
Крупицкий Е. М.
Кузнецов Ю. В.
Кулаков С. А.
Куликов В. Н.
Зайцев В. В.
Зайцев В. П.
Захарьин Г. А.
Зачепицкий Р. А.
Зейгарник Б. В.
Зобнев В. М.
Зорин Н. А.
Зыбелин С. Г.
Иванец Н. Н.
Иванов В. В.
Иванов Н. В.
Игнатьева Н. Д.
Исурина Г. Л.
Кабанов М. М.
Казаковцев Б. А.
Каннабих Ю. В.
Канторович Н. В.
Карвасарский Б. Д.
Карпов П. И.
Ковалев В. В.
Козина Н. В.
Кононова М. П.
Консторум С. И.
Лазурский А. Ф.
Лапин И. П.
Лауринайтис Э. Ф.
Лебединский М. С.
Лещенко А. Г.
Либих С. С.
Личко А. Е.
Лобзин В. С.
Ломов Б. Ф.
Лурия А. Р.
Макаров В. В.
Майоров Ф. П.
Маковенко С. В.
Мамардашвили М. К.
Манассеин В. А.
Мельник Е. М.
Мержеевский И. П.
Михайлова Т. Р.

Мишина Т. М.
Морозов В. И.
Мудров М. Я.
Мурзенко В. А.
Мягер В. К.
Мягков И. Ф.
Мясищев В. Н.
Назыров Р. К.
Осипов Н. Е.
Павлов И. П.
Панов А. Г.
Панько Т. В.
Петлис В. Е.
Платонов К. И.
Плотникова Е. Е.
Подсадный С. А.
Подъяпольский П. П.
Положий Б. С.
Полторак С. В.
Попов Ю. В.
Решетников М. М.
Рожнов В. Е.
Розенталь Т. Г.
Рыбакова Т. Г.
Свядощ А. М.
Сеченов И. М.
Слободяник А. П.
Случевский И. Ф.
Страумит А. Я.
Тарханов И. Р.
Ташлыков В. А.
Телешевская М. Э.
Тибилова А. У.
Токарский А. А.
Тупицын Ю. Я.
Ухтомский А. А.
Федоров А. П.
Филатов А. Т.
Филиппов В. Л.
Фридман Б. Д.
Фрикен А. А.
Хайкин Р. Б.
Хвиливицкий Т. Я.
Холмогорова А. Б.
Цетлин Н. Г.
Чехлатый Е. И.
Шамов С. А.
Шевченко Ю. С.

Шкловский В. М.
Шогам И. И.
Эйдемиллер Э. Г.
Эльконин Д. Б.
Юрданов В. С.
Юстицкий В. В.
Яковлева Е. К.
Янушкевич И. Л.
Яроцкий А. И.
Яцков Л. П.
Adler A. — Адлер
Aleksandrowicz J. W. — Александрович
Alexander F. G. — Александер
Alexander F. M. — Александер
Allen F. — Аллен
Ammon G. — Аммон
Anastasi A. — Анастази
Arendsen-Hein G.W. — Арендсен-Хейн
Ayllon T. — Айллон
Axline W. — Экслайн
Azrin N. H. — Азрин
Babinski J. — Бабинский
Bahnson C.B. — Бансон
Bandler R. — Бендлер
Bandura A. — Бандура
Bastine R. — Бастин
Battegay R. — Батегей
Bateson G. — Бейтсон
Baudouin Ch. — Бодуэн
Baumann U. — Бауманн
Bayrakal S. — Бэйракал
Beaunis — Бони
Beck A.T. — Бек
Beitman B. D. — Бейтман
Bergin A. E. — Бергин
Berne E. — Берн
Bernheim H. — Бернгейм
Beutler L. E. — Бютлер
Bibring E. — Бибринг
Binet A. — Бине
Binswanger L. — Бинсвангер
Bleuler E. — Блейлер
Boadella D. — Боаделла
Boss M. — Босс
Braid J. — Брэд
Breuer J. — Брейер
Bridgeman B. — Бриджмен
Bugental S. — Бьюдженталь

Bumke O. — Бумке
Bunge M. — Бунге
Cautela J. R. — Каутела
Charcot J. M. — Шарко
Chertok L. — Шерток
Cohen M. — Коэн
Chomsky N. — Хомский
Corsini R. J. — Корзини
Coue E. — Куэ
Curtis H. C. — Куртис
Custer R. L. — Кастер
Dabrowski S. — Дабровский
Dejerine J. — Дежерин
Delfino-Beighley C. — Дельфино-Бейли
Deutsch F. — Дойч
Dubois P. — Дюбуа
Ellis A. — Эллис
English F. — Инглиш
Erickson M. H. — Эриксон
Erikson E. — Эриксон
Eysenck H. J. — Айзенк
Fairweather G. W. — Ферветер
Faria — Фариа
Federn P. — Федерн
Feldenkrais M. — Фельденкрайз
Fere Ch. — Фере
Flechsig P. — Флексиг
Foley I. P. — Фолей
Forel A. — Форель
Frankl V. E. — Франкл
Freidenberg H. G. — Фрейденберг
Freud A. — Фрейд А.
Freud S. — Фрейд З.
Fromm E. — Фромм
Fromm-Reichmann F. — Фромм-Райхманн
Garfield S. L. — Гарфилд
Gendlin E. T. — Гендлин
Gilligan S. G. — Гиллиген
Gindler E. — Гиндлер
Goldstein A. P. — Гольдштейн
Goldstein K. — Гольдштейн
Goulding M. M. — Голдинг М.
Goulding R. L. — Голдинг Р.
Grawe K. — Граве
Grimm L. G. — Гримм
Grinder J. — Гриндер
Gunther B. — Гунтер
Jacobson E. — Джекобсон

Jakab I. — Джекаб
James W. — Джеймс
Janet P. — Жане
Janov A. — Янов
Jaspers K. — Ясперс
Jones M. — Джонс
Jung C. G. — Юнг
Junova H. — Юнова
Kallinke D. — Каллинке
Kanfer F. H. — Кэнфер
Karasu T. B. — Карасу
Kastaneda K. — Кастанеда
Kernberg O.F. — Кернберг
Klein M. — Кляйн
Kleinmann A. — Клейнманн
Klerman G.L. — Клерман
Klumbies G. — Клумбиес
Konig W. — Кёниг
Kraepelin E. — Крепелин
Krafft-Ebing R. — Краффт-Эбинг
Kratochvil S. — Кратохвил
Kretschmer E. — Кречмер
Kubie S. — Куби
Haley S. — Хейли
Hall C. S. — Холл
Harris T. A. — Харрис
Heidegger M. — Хайдеггер
Hine F.- Хайн
Hock K. — Хёк
Horney K. — Хорни
Howard K. I. — Ховард
Hull C. L. — Халл
Husserl E. — Гуссерль
Lambert M. J. — Ламберт
Landgarten H. — Ландгартен
Lazar S. G. — Лазар
Lazarus A. A. — Лазарус
Leder S. — Ледер
Lehr U. — Лер
Lewin K. — Левин
Liebault A. A. — Льебо
Lindemann E. — Линдеманн
Lindzey G. — Линдзей
Lowen A. — Лоуэн
Luthe W. — Луте
Madejska N. — Мадежска
Magnan V. — Маньян
Maher E. — Махер

Mahoney M J. — Махони
Malan D.H. — Малан
Malkolm M. — Малколм
Marcinowski J. — Марциновский
Marmor J. — Мармор
Maslach S. — Маслах
Maslow A.H. — Маслоу
Masserman J.H. — Массерман
May R. — Мэй
Meichenbaum D. — Мейхенбаум
Mesmer F.A. — Месмер
Meyer A. — Майер
Minuchin S. — Минухин
Moll A. — Молль
Moreno J.L. — Морено
Muller-Hegemann D. — Мюллер-Хегеманн
Naumburg M. — Наумбург
Nelson-Jones R. — Нелсон-Джоунс
Orlinsky D.E. — Орлински
Osgood C.E. — Осгуд
Oudshoorn D. N. — Оудсхорн
Parloff M.B. — Парлофф
Peck S. — Пек
Perls F.S. — Перлс
Perrez M. — Перре
Peseschkian H. — Пезешкиан X.
Peseschkian N. — Пезешкиан Н.
Pfeiffer W.M. — Пфайффер
Pinel Ph. — Пинель
Porembsky-Grau B. — Порембски-Грау
Pratt J. — Пратт
Prinzhorn H. — Принцхорн
Puysegur Ch. — Пьюсегюр
Rachman S. — Рахман
Rank O. — Ранк
Rassel B. — Рассел
Reich W. — Райх
Reimer C. — Раймер
Remschmidt H. — Ремшмидт
Rhodes R. — Родес
Richet Ch. — Рише
Rogers C. R. — Роджерс
Rolf I. — Рольф
Rose H.-K. — Розе
Rosen M. — Розен
Sartre J.-P. — Сартр
Satir V. — Сатир
Schilder P. — Шильдер

Schindler R. — Шиндлер
Schmidtchen St. — Шмидхен
Schulz J. H. — Шульц
Selye H. — Селье
Selver C. — Селвер
Shapiro A. — Шапиро
Shepard H. — Шепард
Shorr J. — Шорр
Sifneos P. E. — Сифнеос
Simon M. — Симон
Skinner B. F. — Скиннер
Skoda C. — Шкода
Slavson S. R. — Славсон
Sonnenberg S. M. — Зонненберг
Stekel W. — Штекель
Stokvis B. — Стоквис
Stone L. — Стоун
Strupp H. H. — Струпп
Sullivan H. S. — Салливан
Surman O. S. — Шуман
Taber J. — Табер
Taft D. — Тафт
Tausch R. — Тауш
Thorndike E. L. — Торндайк
Tolman E.G. — Толмэн
Tourette de la G. — де ля Туретт
Tuke D. — Тьюк
Ursano R. J. — Урсано
Varach Ch. — Вара
Watson J. B. — Уотсон
Weiner M. F. — Вейнер
Weise H. — Вайзе Х.
Weise K. — Вайзе К.
Weissman M. M. — Вейссман
Weitzenhoffer M. M. — Вайценхоффер
Wertheimer M. — Вертхаймер
Wetterstrand O. — Веттерстранд
Whitaker C. A. — Витакер
Wittkower E. D. — Витковер
Wolberg A. — Волберг
Wolf A. — Вольф
Wolpe J. — Вольпе
Wysokinska T. — Высокиньска
Yalom I.D. — Ялом
Young K. — Янг
Zeig J. K. — Зейг

Список рекомендуемой литературы.

Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии. — СПб, 1998.

Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М., 2000.

Александров А. А. Современная психотерапия: курс лекций. — СПб, 1997.

Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия. — СПб, 1994.

Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. — СПб, 2001.

Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — М., 1989.

Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. — СПб, 2001.

Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. — СПб, 1993.

Гнездилов А. В. Путь на голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. — СПб, 1995.

Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского и С. Ледера. — М., 1990.

Завьялов В. Ю. Музыкальная релаксационная терапия. — Новосибирск, 1995.

Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. — СПб, 1998.

Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб, 1998.

Казаковцев Б. А. Организация психиатрической помощи. — М., 1996.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М., 1985.

Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. — М., 1959.

Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М., 1991.

Кулаков С. А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. — М., 1998.

Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Морено. — М., 1994.

Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л., 1986.

Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. — М., 2000.

Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. — М., 1998.

Мэй Р. Искусство психологического консультирования. — М., 1994.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960.

Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. — СП6, 2000.

Носачев Г. Н. Введение в психотерапию. — Самара, 1997; Направления, виды, методы и техники психотерапии. Т. 1, 2. — Самара, 1998.

Окленд ер В. Окно в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. — М., 2000.

Основные направления современной психотерапии. М., — 2000.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. — М., 1996.

Пезешкиаи X. Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии. — СПб, 1998.

Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. 2-е издание. — СПб, 2000.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М., 1994.

Рудестам К. Групповая психотерапия. — СПб, 1998.

Руководство по психотерапии. Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент, 1985.

Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (уроки гипноза). — М., 1994.

Томэ Г., Кэхеле X. Современный психоанализ: исследования. — СПб, 2001.

Урсано Р., Зонненберг С., Лазар Ц. Психодинамическая психотерапия — М., 1992.

Франкл В. Человек в поисках смысла. — М., 1990.

Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. — М., 1989.

Фромм Э. Иметь или быть? — М., 1990.

Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. — СПб, 2001.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. — М., 1993.

Шевченко Ю. С., Добридень В. П. Онтогенетически-ориентированная психотерапия. — Тюмень, 1998.

Шкловский В. М. Заикание. — М., 1994.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. — СПб, 1999.

Юнг К. Аналитическая психология. — СПб, 1994.

Ялов А.М. Краткосрочная позитивная психотерапия. — СПб, 1997.

Ялом И. Групповая психотерапия. — СПб, 2000.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». (Введен в действие с 1 января 1993 г.). — М., 1993.

Приказ МЗ и МП РФ от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи». — М., 1995.

Приказ МЗ РФ от 26 ноября 1996 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь». — М., 1996.

Приказ МЗ РФ от 28 июля 1997 г. № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи». — М., 1997.

Приказ МЗ РФ от 13 февраля 1995 г. № 27 «О штатных нормативах учреждений оказывающих психиатрическую помощь». — М., 1995.